



ชุดโครงการ
การพัฒนาระบบสวัสดิการ
สำหรับคนจนและคนก้อยโอกาสในสังคมไทย



รายงานวิจัยกรณีศึกษา
กลุ่มคนจนผู้ก้อยโอกาส
และกลุ่มเสี่ยงที่ประสบปัญหาทางสังคม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS :
ในชุมชนอพยพย้ายแรงงานประมง จังหวัดสุรินทร์

บรรพต ศรีจันทร์นิคม

หัวหน้าโครงการ

ดร.ประเสริฐ

นักวิจัยหลัก

ดร.อภิธญา เวชยชัย

ดร.ดร.กิติพัฒน์ นนทบุรีและกุลย์

ภายใต้การสนับสนุนของ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

รายงานวิจัยย่อยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาคูณภาพชีวิตของสตรีที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS :
ในชุมชนอพยพย้ายแรงงานประมง จังหวัด สุรินทร์

ผู้วิจัย

บรรพต ศรีจันทร์นิตย์

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย



ชุดโครงการ การพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย

ธันวาคม 2546

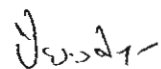


คำนำจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เห็นความสำคัญของปัญหาและแนวทางในการบรรเทาปัญหาของคนจนและคนด้อยโอกาสและการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม จึงได้สนับสนุน “โครงการการพัฒนาแบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย” ประกอบด้วยการวิจัยสถานการณ์ภาพของคนจนและคนด้อยโอกาส 5 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแรงงาน กลุ่มอาชีพอิสระ กลุ่มคนนอกวัยทำงาน และกลุ่มผู้ด้อยโอกาส/กลุ่มเสี่ยงและผู้ประสบปัญหาทางสังคม ซึ่งได้วิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 10,000 ราย และข้อมูลเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษาจำนวน 110 กรณี และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

ผลงานทั้งหมดที่ได้จากชุดโครงการการพัฒนาแบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย ได้นำเสนอเกี่ยวกับวิถีชีวิตของคนจน ให้เห็นภาพที่เคลื่อนไหวของสภาพความเป็นอยู่ ความด้อยโอกาส ไร้ที่พึ่ง การเชื่อมโยงให้เห็นบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างคนจนคนด้อยโอกาสกับชุมชน (มิติสังคม) ระบบการทำมาหากิน (มิติเศรษฐกิจ) และมีการรวมกลุ่มเพื่อเพิ่มอำนาจต่อรอง (มิติการเมือง) การให้ภาพเชิงประวัติศาสตร์ ที่ย้อนให้เห็นว่าเดิมวิถีชีวิตของเขาเป็นอย่างไร และต่อมาเกิดอะไรขึ้นที่เป็นจุดหักเหที่ทำให้วิถีชีวิตของเขาตลอดจนบริบทของเขาเปลี่ยนแปลงไป การวิเคราะห์ว่าผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นๆ (เช่น การสร้างเขื่อน การตั้งเขตนิคมอุตสาหกรรม การตัดถนนเข้ามาในพื้นที่ ฯลฯ) เกิดผลอย่างไรต่อวิถีการทำมาหากิน ความสัมพันธ์เครือข่ายทางสังคม อำนาจต่อรอง คุณภาพชีวิตโดยรวม เพื่อชี้ให้เห็นการปรับตัวในมิติต่างๆ (เช่น การอพยพ การเปลี่ยนอาชีพ ฯลฯ) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นจุดหักเหแล้ว ทำไมคนบางกลุ่มปรับตัวและหลุดพ้นจากภาวะยากจนด้อยโอกาสได้ แต่ทำไมคนบางกลุ่มก้าวไม่พ้น ปัญหาของคนจนคนด้อยโอกาสทั้ง 5 กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ จะมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างไร โครงการนี้ได้วิเคราะห์เกี่ยวกับระบบสวัสดิการที่เหมาะสม สวัสดิการที่คนจนต้องการ กลไกที่สามารถเข้าถึงปัญหาของกลุ่มคนเป้าหมายได้ ทั้งองค์กรชุมชน ครอบครัว องค์กรรัฐ ฯลฯ ตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาความยากจนของสังคมไทย

สกว. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานของชุดโครงการวิจัยนี้ จะทำให้แง่คิด มุมมองอีกด้านหนึ่งในการจัดสวัสดิการและแนวทางการแก้ไขปัญหาความยากจน ที่มองความเชื่อมโยงระหว่างมิติทางเศรษฐกิจกับมิติทางสังคม ซึ่งเป็นการเสริมเติมองค์ความรู้ในเรื่องความยากจนของประเทศไทย สกว. จึงหวังว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลายจะสามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปพิจารณาใช้ประโยชน์ในการดำเนินการ เพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาความยากจนได้อย่างรอบคอบรอบด้านต่อไป



(ศาสตราจารย์ ดร. ปิยะวัติ บุญ-หลง)

ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำของหัวหน้าโครงการ

โครงการการพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย ได้แบ่งรายงานออกเป็นสามระดับ ในระดับพื้นที่มีงานกรณีศึกษาต่างๆ 110 กรณี ในระดับภาพรวมของคนจนแต่ละกลุ่มมีรายงานหลัก 5 รายงาน และในระดับภาพรวมทั้งประเทศมีรายงานสรุปบทสังเคราะห์อีก 1 ฉบับ

ถ้าเปรียบรายงานฉบับสรุปสังเคราะห์ภาพรวมเสมือนป่าใหญ่ รายงานหลัก 5 รายงานก็เปรียบเสมือนส่วนของป่าหรือเขตของป่า 5 เขต ส่วนรายงานกรณีศึกษาก็เปรียบเสมือนไม้แต่ละพันธุ์หรือแต่ละต้น

งานกรณีศึกษาจึงแสดงให้เห็นภาพชีวิตจริงของคนจนในแต่ละประเภท ที่สะท้อนออกมาผ่านสายตาผ่านการสังเกตการณ์ ผ่านการมีส่วนร่วม ของนักวิจัยกรณีศึกษา

งานกรณีศึกษาปรากฏให้เห็นสีสันและความเป็นจริงของรูปธรรมของชีวิตคนจนที่มีความหลากหลายและซับซ้อน แต่ละเรื่องแต่ละกรณีเปรียบประดุจแต่ละฉากแต่ละตอนของละครชีวิต ละครชีวิตที่เขียนบทด้วยกลไกและโครงสร้างทางสังคมทุนนิยม สร้างให้คนจนเล่นบทที่น่ารังเกียจของสังคมทุนนิยม

ปราชญ์ของทุนนิยมจึงมีคำกล่าวว่า “คนจนมักจะตกเป็นเหยื่อของคนจนเสมอ” ใช่! ถ้าคนจนจะมองหาเหยื่อ ก็มีแต่คนจนด้วยกันเท่านั้นที่จะเป็นเหยื่อได้ ส่วนคนรายนั้น ล้วนมีเงิน มีอำนาจ มีความสามารถ มีอาวุธและบิรवार ที่จะป้องกันตนเอง ยากที่จะตกเป็นเหยื่อของคนจน แต่ถ้าพิจารณาให้ไกลไปกว่าคำกล่าวนี้ อาตัม สมิต นักปรัชญาเศรษฐศาสตร์ทุนนิยมก็กล่าวว่า คนในสังคมทุนนิยมจะรวยจะจนก็ขึ้นอยู่กับปริมาณแรงงานที่เขาควบคุมได้หรือซื้อหามาได้ เพราะฉะนั้น คนจนผู้ขายแรงงานก็คือเหยื่อของระบบที่คนรายนำไปใช้สร้างความร่ำรวยให้ตนเอง ดังนั้น คนจนจึงตกเป็นเหยื่อของคนรวยมากกว่าตกเป็นเหยื่อของคนจนด้วยกัน

กรณีศึกษาต่างๆได้สะท้อนให้เห็นว่า คนจนกลุ่มใดที่ยากจน ด้วยสาเหตุของท่าทีต่อชีวิต สาเหตุจากการขาดปัจจัยการผลิต หรือสาเหตุจากความสัมพันธ์ที่เลื่อมล้ำ ภายใต้โครงสร้างของทุนนิยม

ในสังคมทุนนิยมที่คนชนชั้นบนกุมอำนาจรัฐอย่างเหนียวแน่น ยังไม่เคยเห็นกรณีประเทศใดที่สามารถลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ในประเทศทุนนิยมที่อำนาจรัฐถูกจัดสรรปันส่วนให้คนชั้นกลางและคนชั้นล่างมีส่วนในอำนาจรัฐ ประเทศนั้นก็จะสามารถลดความเหลื่อมล้ำลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

ปัญหาความยากจนจึงไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงเรื่องรายได้ แต่มันมีปริณทลกว้างไกลไปถึง สิทธิและโอกาส อำนาจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ด้วย ประวัติศาสตร์สังคมจากทุกประเทศยืนยันในสังขรณ์ว่า คนจนไม่เคยลดความยากจนลงได้โดยปราศจากการต่อสู้ ไม่ว่าจะเป็นการต่อสู้กับตัวเองและต่อสู้กับกลุ่มคนและชนชั้นที่ได้เปรียบและเอาตัวเขาเปรียบ

ตำนานการต่อสู้ดิ้นรนของคนจนไทยมีประวัติมายาวนาน หลายยุคหลายสมัย และเพื่ออนาคตที่ดีกว่า คนจนทั้งหลายมีแต่จะต้องต่อสู้ต่อไป เพื่อความเป็นไทและปากท้องของคนจนเอง

ในฐานะหัวหน้าโครงการ ผมขอขอบคุณนักวิจัยรุ่นใหม่ที่เป็นนักวิจัยกรณีศึกษาทุกท่าน ท่านทุกคนได้ปฏิบัติภารกิจเรื่องคนจนอย่างดียิ่ง ท่านคือผู้ถือโคมฉายที่ส่องให้เห็นคนจนในหลิบทันในชอก ที่ก่อนหน้านี้ใครๆมักจะมองไม่เห็น ขอให้ทุกท่านจงเป็นมิตรที่ดีของคนจนและปรารถนาดีต่อคนจนตลอดไป

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ
หัวหน้าโครงการ

คำนำผู้เขียน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งได้รับการสนับสนุน จาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เพื่อศึกษาสภาพวิถีชีวิตกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมไทย และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

ซึ่งในการจัดทำกรณีศึกษาค้นคว้านี้เป็นผลความสืบเนื่องจากการประเมินสถานการณ์ของแม่และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในพื้นที่ภาคอีสานของ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ที่ผู้ศึกษารับผิดชอบในระยะแรก และเห็นว่ามีข้อมูลที่น่าสนใจจะเจาะลึกเฉพาะผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เนื่องจากสามีเป็นแรงงานรับจ้างลงเรือประมงในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่ามีสิ่งที่น่าสนใจในการศึกษาค้นคว้าต่อไปเกี่ยวกับการสื่อสารด้านเอดส์ และมาตรการในการต่อรองทางเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงกับสามีที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานอพยพลงเรือประมง เพื่อลดอัตราเสี่ยงของผู้หญิงในชุมชนอีสาน และเด็กที่จะได้รับผลกระทบในโอกาสสุดท้ายด้วย

สิงหาคม 2545

ผู้ศึกษา

บทคัดย่อ

การศึกษารุ่นนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกพื้นที่สำหรับศึกษาแบบเจาะจง คือ เป็นชุมชนที่มีสมาชิกอพยพแรงงานเป็นลูกจ้างในเรือประมงทั้งด้านอ่าวไทย และทะเลอันดามัน โดยคัดเลือกหญิงแม่บ้านที่สามีไปทำงานในเรือประมงและได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามีจำนวน 8-10 ราย จากนั้นได้ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกด้วยแนวคำถามหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคล และใช้การเสวนากลุ่มย่อย เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปของปัญหาของชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยใช้แนวคิดระบบสวัสดิการสังคมที่ประชากรในสังคมพึงได้รับจากภาครัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อให้สามารถดำรงชีพได้อย่างปกติสุข รวมทั้งการศึกษาสภาพ รูปแบบการดำรงชีวิต สถานภาพ และความยากลำบากที่ผู้หญิงได้รับการติดต่อเชื้อเอชไอวีจากสามี การประเมินตนเองในด้านคุณค่า ความหวัง และแรงจูงใจในการดำรงชีพอยู่ต่อไปในอนาคต รวมไปถึงแนวคิดด้านวัฒนธรรมชุมชนที่จะเป็นปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสวัสดิการสังคมแก่กลุ่มเป้าหมาย

ผลจากการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาด้านสวัสดิการสังคม และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีที่สำคัญ ก็คือ (1) การให้ถูกออกจากงานประจำที่เคยทำอยู่ก่อนการติดเชื้อและเจ็บป่วยจากเอชไอวี จึงทำให้มีผลกระทบภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัวเป็นกำลังหลักหลังจากสามีเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพและเสียชีวิตไปแล้ว (2) การรังเกียจจากสมาชิกภายในครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลจากการสื่อสารด้านเอชไอวีที่ผิดพลาดของสื่อมวลชนที่ผ่านมา จึงเป็นแรงกดดันและมีผลต่อสุขภาพจิตของสตรีแม่บ้านหลังจากทราบข้อมูลว่าตนเองรับเชื้อจากสามี ทั้งในระยะแรกที่ยังไม่กล้าแสดงตัว และหลังจากการเปิดเผยสถานภาพต่อชุมชนหรือสังคมแล้ว และ (3) ผลกระทบต่อเด็ก แม้ว่าจะติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดาก็ตาม เด็กมักจะถูกเพื่อนในชุมชนและโรงเรียนรังเกียจ และถูกกีดกันโอกาสทางการศึกษา เด็กที่เกิดจากครอบครัวที่มีพ่อแม่ติดเชื้อเอชไอวีจึงได้รับผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของแม่เด็กตามลำดับ

ในการประเมินตนเองของสตรีแม่บ้านที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีนั้น พบว่า (1) ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการเลือกปฏิบัติจากชุมชนและสังคมอย่างไม่เท่าเทียม จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการประเมินตนเองในด้านลบ และมีทัศนคติไม่ดีต่อชุมชนหรือสังคม (2) สตรีที่ได้รับเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในการดำรงชีพอยู่ต่อไปในอนาคต เพราะตนเองยังคงมีบุตรและธิดาที่ต้องรับผิดชอบในการดูแล จึงเป็นแรงจูงใจสำคัญในการดำเนินชีวิตต่อไปมากที่สุด (3) ปัญหาและผลกระทบจากเอชไอวีในระยะแรกหลังจากทราบข้อมูลตนเองรับเชื้อจากสามี ส่วนใหญ่มีทัศนคติในด้านลบต่อสามีและมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยจนทำร้ายตนเอง เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคเอชไอวีที่ผิดๆได้สร้างความวิตกกังวลแก่สตรีที่ได้รับเชื้อเอชไอวี ซึ่งหลายรายเคยคิดทำร้ายตนเองถึงขั้นฆ่าตัวตาย แต่มีมูลเหตุสำคัญที่ต้องเปลี่ยนใจและเข้าใจปัญหาความทุกข์ยากที่เผชิญ ก็คือ การมีบุตรและญาติพี่น้องให้กำลังใจ โดยเฉพาะบิดามารดาที่ให้ความรัก การปกป้องจากการรังเกียจจากชุมชน และดูแลเอาใจใส่ในยามเจ็บป่วย

จากการรวมกลุ่ม ทั้งในระดับพื้นที่ จังหวัด และภูมิภาค ของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ ทำให้มีอำนาจในการ ต่อรองทรัพยากรต่างๆจากภาครัฐ และเอกชนสนับสนุนการแก้ไขปัญหาค่าคุณภาพชีวิต และพัฒนาระบบสวัสดิ การทางสังคมแก่สตรีแม่บ้านที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ รวมทั้งบุตรที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งปัญหาระบบสวัสดิการทางสังคมที่สตรีผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ต้องการให้ดำเนินการอย่างเร่งด่วน ตามลำดับความที่สำคัญคือ (1) การยอมรับ และไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมและชุมชน (2) การมีงานทำตาม ศักยภาพของสมาชิกแต่ละคน (3) สนับสนุนโอกาสทางการศึกษาแก่บุตรในครอบครัวที่บิดามารดาได้รับผล กระทบจากเอดส์ และเสียชีวิตในภายหลังให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ และ (4) การสื่อสารสร้างความเข้าใจที่ถูก ต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์เช่นเดียวกับโรคระบาดอื่นๆในสังคม

สารบัญ

คำนำสกว.

คำนำหัวหน้าโครงการ

คำนำผู้เขียน

บทคัดย่อ

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของเอดส์ในภาคอีสาน1	1
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.4 ขอบเขตการศึกษา	3
1.5 วิธีการศึกษา	4
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากกรณีศึกษา	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในภาคอีสาน	8
บทที่ 3 ผลการศึกษา	
3.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปจังหวัดสุรินทร์	10
3.2 สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่	11
3.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในผู้หญิง	13
3.4 สภาพชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	15
3.5 ระบบสวัสดิการสังคม	25
3.6 โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจ	27
บทที่ 4 สรุปอภิปรายผล และเสนอแนะ	
4.1 สรุปผลการศึกษา	28
4.2 ระบบสวัสดิการสังคม	30

สารบัญ(ต่อ)

4.3 การประเมินตนเอง	32
4.4 ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย และปฏิบัติการ	33
บรรณานุกรม	35

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา

สถานการณ์โรคเอดส์โดยรวมของประเทศไทยนับตั้งแต่มีการค้นพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกใน ปี 2527 พบว่าสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ซึ่งจากการประมาณการ ของ คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในช่วง 10 ปีข้างหน้า (2530-2548) พบว่าปลายปี 2536 มีผู้ติดเชื้อเอดส์ 710,000 คน จำแนกเป็นชาย 510,000 คน และหญิง 200,000 คน และจะมีเด็กเกิดใหม่ที่ติดเชื้อเอดส์จากหญิงมีครรภ์ และมีความน่าจะเป็นในการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกถึง ร้อยละ 25.7 โดยผู้ติดเชื้อเอดส์เพศชายจะมีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี มากที่สุด และเพศหญิงอายุ 20-24 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ และมีบุตรยังเล็กอยู่ เพราะฉะนั้นโอกาสที่จะมีบุตรมากขึ้นในอนาคต และมีผลกระทบต่อเด็กในที่สุดด้วย

ในขณะเดียวกันการแพร่เชื้อเอดส์จากสามีไปสู่ภรรยาในปี 2532 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 0.2 ในปี 2533 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 2.06 ในปี 2537 จากสถิติหญิงที่ฝากครรภ์ และมีเด็กได้รับผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมที่เป็นเด็กกำพร้า ซึ่งจากการประมาณการในปี 2543 จะมีเด็กที่ได้รับผลกระทบโดยตรง 63,000 คน และเสียชีวิต 47,000 คน และโดยอ้อมของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีที่มารดาเสียชีวิต 109,000 คน และจะเพิ่มขึ้นในปี 2548 จำนวน 232,000 คน และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 73,000 คน และอายุ 5-9 ปี 90,000 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าเด็กที่ได้รับผลกระทบจำนวนดังกล่าวนี้เป็นภาระกิจสำคัญของสังคมที่จะต้องร่วมกันรับผิดชอบในฐานะที่เด็กคือกำลังสำคัญในอนาคตของชาติ

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสถานการณ์เอดส์ไม่ได้ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย โดยมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นไปอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม การเจริญเติบโตของเมืองอย่างรวดเร็ว ค่านิยมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และระบบวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ ได้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมปัญหาดังกล่าวเป็นไปอย่างกว้างขวาง และมีการระบาดอย่างรวดเร็ว

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของเอดส์ในภาคอีสาน

1.2.1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการแพร่ระบาดของเอดส์ เนื่องจากภาคอีสานมีการอพยพย้ายแรงงานค่อนข้างสูง เนื่องจากความเหลื่อมล้ำในการพัฒนาประเทศที่ให้ความสำคัญต่อความเจริญเติบโตในภาคอุตสาหกรรมและการบริการมากกว่าภาคเกษตรกรรมที่มีสัดส่วนประชากรมากกว่า หรือความ

เป็นเมืองกับชนบทที่มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง จึงก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างเศรษฐกิจสังคม และการกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรมกับพลเมืองส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งอาศัยอยู่ในชนบท

ในภาคเกษตรกรรมต้องเผชิญกับปัญหาภัยธรรมชาติ ได้แก่ ภัยแล้งน้ำขาด และอุทกภัยที่ส่งผลต่อการเพาะปลูกของเกษตรกรในพื้นที่ต่างๆ จึงเป็นปัจจัยหนุนให้เกิดการอพยพย้ายแรงงานไปแสวงหางานทำทั้งในเขตเมือง และต่างประเทศอย่างมากมาย จากผลการศึกษาของ Allan Beesey (2542) Scott Bamber (2542) และรุจน์ โกมลบุตร (2543) พบว่าการอพยพของแรงงานไปยังชุมชนปลายทางต่างๆ ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศมีผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างกว้างขวางในกลุ่มแรงงานอพยพจากภูมิภาคต่างๆ

ซึ่งจากผลการศึกษาปัจจัยดังกล่าว จากประสบการณ์ขององค์กรต่างๆ ที่ปฏิบัติงานด้านเอดส์ในพื้นที่ชุมชนอีสานก็พบว่ากลุ่มแรงงานอพยพมีผลต่อการแพร่ระบาดของเอดส์สู่ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแรงงานอพยพลงเรือประมงที่พบมากในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด และสุรินทร์ ดังคำบอกเล่าของผู้หญิงคนหนึ่งที่ได้รับเชื้อเอดส์จากสามี และเสียชีวิตไปแล้วว่า

“แฟนติดยาเสพติดจนตายไปแล้ว เราถึงได้เห็นเข็มฉีดยาของเขาที่ซ่อนไว้ แฟนจะไม่ยอมบอก เล่นเข็มฉีดยาตอนที่ไปลงเรือ ลงเรือจะไปเป็นรุ่นๆ รุ่นที่ 1 ตายหมดแล้ว (จากโรคเอดส์ : ผู้เขียน) เหลืออยู่รุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 ไปลงเรือลำหนึ่งประมาณ 37 คน ส่วนมากที่อยู่ในเรือพากันเล่นเข็มฉีดยา พอขึ้นฝั่งมาก็กินกันไปเที่ยวผู้หญิง เพราะเวลาลงเรือไม่ได้ไปเข้าเย็นกลับจะไปเป็นเดือนๆ ถ้าเป็นเรือทัวร์จะ 15 วัน เรือลากจะ 2-3 ปี พอเรือขึ้นฝั่งหญิงบริการก็จะไปรออยู่ที่ฝั่ง บางคนก็รู้ว่าตัวเองติดเชื้อ หลังจากนั้นก็เอาเชื้อมาฝากเราที่บ้าน”

เพราะฉะนั้นกลุ่มแรงงานอพยพดังกล่าวจึงมีพฤติกรรมเสี่ยง และในสถานการณ์วิกฤติเศรษฐกิจที่ผ่านมาได้มีแรงงานอพยพส่วนหนึ่งเดินทางกลับภูมิลำเนา เนื่องจากถูกออกจากงาน และยังไม่ทราบสถานการณ์ที่แท้จริงเกี่ยวกับเอดส์ที่อาจจะนำกลับมาสู่ชุมชนได้เช่นเดียวกัน

1.2.2 ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม

ลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรมชุมชนอีสานที่ครอบงำด้วยระบบชายเป็นใหญ่ และมีมิติทางสังคมแบบมาตรฐานสองระดับ (Double standard) เช่นเดียวกับชุมชนภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เช่น ผู้ชายสามารถเที่ยวหาความสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศได้ถือเป็นเรื่องปกติในสังคม แต่ผู้หญิงมีลักษณะที่ตรงกันข้ามปัจจุบันแนวโน้มที่ชุมชนจะยอมรับผู้ชายสามารถแสวงหาอนุภรรยาได้ แต่ผู้หญิงไม่สามารถกระทำเช่นนั้นได้ และได้รับการตำหนิจากสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้ชุมชนชนบทอีสานได้รับผลกระทบจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ-สังคมไปสู่สังคมบริโภคนิยมมากยิ่งขึ้น ความผูกพันอยู่กับระบบเศรษฐกิจแบบเงินตรา (Monetary System) ที่คลั่งไคล้วัตถุนิยมได้เห็นดีเห็นงามกับการส่งเสริมบุตรสาวประกอบอาชีพหญิงบริการทางเพศ รวมทั้งการเจริญเติบโต

ของเมืองต่างๆ ในภูมิภาคก่อให้เกิดสถานบริการเจริญมัยต่างๆ มากมาย และมีปัญหาเมืองอื่นๆ ติดตามมา ได้แก่ ชุมชนแออัด เด็กเร่ร่อน ยาเสพติด ฯลฯ

รูปแบบวิถีชีวิตชุมชนบทอีสานที่ยังคงยึดวัฒนธรรมประเพณี สถานภาพผู้หญิงหลังการแต่งงานแล้ว ถือว่าเป็นสมบัติของชาย รูปแบบของหญิงที่ดี ก็คือ การรักษาความบริสุทธิ์ การอยู่กับैयाเฝ้าเรือน การเลี้ยงดูบุตร และความเคารพข้อสัตย์ต่อสามีที่เปรียบเสมือนบิดาในฐานะผู้นำของครอบครัว ฯลฯ ซึ่งผู้หญิงอีสานมีการรับรู้การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสของสามีค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ดังเช่นกรณีศึกษา

"ไปทำงานที่กรุงเทพฯ ทำช่างเลยเข้าเ้า รายได้เดือนละหมื่นกว่าบาทอยู่กินสบายสามีติดเชื่อจากการเที่ยวห้องอาหาร และกัติดเชื่อจากนักร้องห้องอาหาร แพนไปได้เดือนเดียว กลับบ้าน 5-6 ทุ่ม เราไม่เคยระแวงสงสัยสามี เพราะสามีไม่ใช่คนเที่ยว (หญิงอื่น : ผู้เขียน) ครั้งแรกทำใจไม่ได้ เราไม่เคยเที่ยวแล้วทำไมต้องติดเชื่อ ทำใจอยู่ 1 ปี" (ผู้หญิงจังหวัดสุรินทร์)

จากลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรมชุมชนอีสานดังกล่าวมาแล้วพอสังเขปข้างต้นมีส่วนร่วมและมีอิทธิพลสำคัญในการกำหนดทัศนคติ และการปฏิบัติต่อหญิงที่ติดเชื่อเอดส์ในชุมชน ในขณะเดียวกันการรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสของสามีค่อนข้างต่ำ และไม่มีอำนาจในการต่อรองทางเพศ

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานภาพปัญหาด้านสวัสดิการสังคม คุณภาพชีวิต และสาเหตุสำคัญของปัญหาผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS ในชุมชนอพยพย้ายแรงงานประมงของจังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษารูปแบบในการแก้ไขปัญหาสวัสดิการสังคม และชุมชนแก่ผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS โดยการสร้างความร่วมมือช่วยเหลือกันเองของชุมชน องค์การพัฒนาเอกชน และภาครัฐ
3. เพื่อศึกษาปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการของรัฐ โอกาส ช่องทาง และรูปแบบในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS จังหวัดสุรินทร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

1.4 ขอบเขตการศึกษา

1.4.1 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้หญิงที่ติดเชื่อ และป่วย เนื่องจากได้รับเชื่อ HIV/AIDS จากสามีที่เป็นแรงงานอพยพลงเรือประมง จำนวน 8-10 คน

1.4.2 พื้นที่ที่ศึกษา

หมู่บ้านแห่งหนึ่งที่มีแรงงานอพยพล่วงเรือประมงในเขตอำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ในพื้นที่จำนวน 2 ตำบล

1.4.3 ประเด็นในการศึกษา

- 1) สภาพพื้นฐานทางเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน และครัวเรือนกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา
- 2) ภาพรวมสถานการณ์ปัญหา และผลกระทบจาก HIV/AIDS ในจังหวัดสุรินทร์
- 3) สถานการณ์ปัญหา และผลกระทบจาก HIV/AIDS ต่อผู้หญิงในชุมชนจังหวัดสุรินทร์
- 4) ระบบสวัสดิการทางสังคมของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS ในชุมชนจังหวัดสุรินทร์ ในระดับชุมชน และจังหวัด
- 5) สภาพการดำรงชีวิต และการประเมินตนเองของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบ HIV/AIDS ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - Place of Status
 - Meaning of life
 - Hope of life
 - Influence on the others

1.5 วิธีการศึกษา

1.5.1 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) การศึกษาข้อมูลรายงานการสำรวจ และสถิติที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์การแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ จาก หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ และในระดับสถานีอนามัยตำบล รวมถึง องค์กรพัฒนาเอกชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ก็คือ โครงการบ้าน เนท และคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ภาคอีสาน เพื่อวางกรอบในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 2) รวบรวมรายชื่อผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS สถานที่ติดต่อและการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเป็นตัวแทนในการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่ยอมรับสถานภาพ และเปิดเผยตนเองต่อสาธารณะแล้วสามารถให้ข้อมูลได้

1.5.2 วิธีการเก็บข้อมูล

- 1) การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานวิจัย สถิติ และรายงานการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางกรอบแนวคิดในการศึกษา

- 2) ออกแบบแนวคำถามถึงโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลในระดับชุมชน และบุคคล
- 3) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept Interview) กลุ่มเป้าหมาย
- 4) การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมในพื้นที่เป้าหมาย และกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อในระดับอำเภอท่าตูม และจังหวัดสุรินทร์
- 5) การใช้แผนที่แสดงที่ตั้งชุมชนเป้าหมาย และอาณาเขตติดต่อ

1.5.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษานั้นใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์เชิงเหตุ และผล และการใช้วิธีการอนุมาน หรืออุปนัย โดยมีรายละเอียดขั้นตอนต่อไปนี้

- 1) การจำแนกแยกแยะข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตการณ์ลงในตารางจำแนกข้อมูลตามหมวดหมู่
- 2) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และข้อเท็จจริงต่างๆ ที่ได้รับจากการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์ทั้งในภาคสนามจากบุคคล ผู้รู้ และเอกสารทางด้านวิชาการ (Quality Checking and Validation)
- 3) เขียนบรรยาย และพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในเชิงเหตุ และผลแบบอนุมาน
- 4) ตรวจสอบความถูกต้องทางด้านเนื้อหาทางวิชาการ โดยการปรึกษากับผู้รู้ และนักวิชาการเฉพาะด้าน

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากกรณีศึกษา

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพชีวิต และวิถียังชีพ หรือวิถีการทำมาหากินของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS ในชุมชนชนบทของจังหวัดสุรินทร์
2. แนวทาง และรูปแบบในการจัดการปัญหากลุ่มผู้หญิงผู้ด้อยโอกาสในสังคมชนบท โดยชุมชน องค์การพัฒนาเอกชน ภาครัฐ และภาคเอกชนอื่นๆ
3. เครือข่ายแลกเปลี่ยนทางด้านวิชาการ และข้อมูลผู้ด้อยโอกาสในสังคมไทย ทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัญหาโรคเอดส์ในสังคมชนบทไทยนั้น พบว่ามี ค่อนข้างจะหลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปตามหมวดหมู่ได้ต่อไปนี้

2.1.1 ปัญหา และผลกระทบของโรคเอดส์ต่อประเทศ และสังคม

จากการศึกษาของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2536) พบว่าปัญหา และผลกระทบจากโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้นจะส่งผลกระทบต่อประเทศ และผู้ป่วยอย่างรุนแรงเนื่องจากยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ถึง 1 ปี และจะมีโรคแทรกซ้อน และเจ็บป่วยอย่างทุกขุทรมาน ซึ่งส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากจำเป็นต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยแรงงาน และเป็นหัวหน้าครอบครัว

เพราะฉะนั้นกล่าวโดยสรุปแล้วปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยในหลายระดับด้วยกัน (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2539 อ้างถึงใน คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ อีสาน, 2541) ก็คือ

1) บั้จเจกบุคคล

ปัญหา และผลกระทบจากโรคเอดส์ต่อผู้หญิงที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับสามี และจำเป็นต้องแบกรับภาระในการดูแลครอบครัวภายหลังจากที่สามีเสียชีวิตแล้วทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากครอบครัวชุมชนชนบทไทยส่วนใหญ่สามีจะเป็นกำลังหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว เพราะฉะนั้นเมื่อสามีเสียชีวิตผู้หญิงจึงจำเป็นต้องแบกรับภาระทั้งหมดแทน

2) ครอบครัว

ผลกระทบจากโรคเอดส์ในด้านครอบครัวที่สำคัญ ก็คือ สร้างความพลัดพรากแตกแยกระหว่างสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาขาดความอบอุ่นภายในครอบครัว และขาดความมั่นคง เด็กที่ไม่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอบอุ่นทำให้เด็กเกิดความหวาดระแวง การขาดโอกาสทางสังคม และการศึกษา เนื่องจากการขาดรายได้ การถูกรังเกียจ และกีดกันจากสังคม

3) สังคม หรือชุมชน

ผลกระทบต่อสังคม หรือชุมชนของโรคเอดส์ทำให้เกิดการขาดดุลภาพ เนื่องจากประชากรในวัยแรงงานของครอบครัว และชุมชนสูญเสียชีวิต โดยเฉพาะบิดามารดาเด็กในชุมชนที่เสียชีวิตไปแล้วทิ้งไว้แต่เพียง

เด็กกำพร้า และผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ทดแทนบิดามารดาเด็กดังกล่าวในชุมชน จึงส่งผลกระทบต่อสังคมชุมชนโดยรวมอ่อนแอไปด้วย เนื่องจากสูญเสียประชากรในวัยแรงงานที่ทำการผลิตที่สำคัญของครอบครัว และชุมชนไป

4) ประเทศ

วอลเดน เบลโล, เชียร์ คันนิงแฮม และลี เคิง ปอ (2543) ได้กล่าวว่าประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อ HIV สูงที่สุดในโลก ซึ่งมีการประมาณการว่ามีจำนวน ประมาณ 800,000 คน และเป็นหนึ่งในสองประเทศที่ได้รับความเสียหายจากโรคเอดส์มากที่สุด และอีกประเทศหนึ่ง ก็คือ อุกันดา ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการแพร่กระจายของโรคดังกล่าว ก็คือ ปัญหาความยากจน แรงงานอพยพ ความไม่เท่าเทียมทางเพศ และธุรกิจทางเพศ หรือ "เพศพาณิชย์"

จากอัตราการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงดังกล่าวโรคเอดส์จึงสร้างปัญหา และผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศด้วย เพราะว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์จะมีค่าใช้จ่ายสูงมากถึงปีละ 60,000 บาท ต่อคนต่อปี ถ้าคำนวณจากตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ.2540-2548 จำนวน 311,000 คน แต่ละปีจะมีผู้เข้ารับการรักษายาบาลก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 38,875 คน จึงต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูงสำหรับการรักษาพยาบาล การจัดหาเวชภัณฑ์ สถานที่พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ เฉพาะค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปีก็ตกประมาณปีละ 2,332 ล้านบาท ในขณะที่งบประมาณสนับสนุนสำหรับโรคเอดส์ปี พ.ศ.2542 เพียง 1,433 ล้านบาทเศษเท่านั้น (ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ, มปป.)

จากสถิติอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรงดังกล่าว มีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจมหภาคของประเทศทั้งโดยตรง และโดยทางอ้อม เพราะรัฐจำเป็นต้องรับภาระในการป้องกันรักษาโรคดังกล่าว ซึ่งประเทศไทยต้องใช้งบประมาณในด้านการป้องกันมากกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่เดียว และใช้งบประมาณคิดเป็น ร้อยละ 75 มาจากภาครัฐ ส่วนที่เหลือเป็นความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

นอกจากนี้ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทางอ้อม ก็คือ ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานของชาติที่เคยมีอัตราเพิ่ม ร้อยละ 3-4 และต่อมาในปี 2533 ลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 2 เท่านั้น (Manthana อ้างถึงใน วอลเดน เบลโล, เชียร์ คันนิงแฮม และลี เคิงปอ, 2543)

2.1.2 การแพร่ระบาดโรคเอดส์ในผู้หญิง

จากรายงานสถิติผู้หญิงมีครรภ์ และมารับการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐพบว่ามีสถิติอัตราการติดเชื้อในระดับประเทศ ร้อยละ 1.76 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 1.25 แต่พบว่าในระดับภาคอัตราการติดเชื้อสูงสุดของประเทศพบในจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 2 มุกดาหาร และหนองคาย ร้อยละ 1.9 และ 1.77 ตามลำดับ (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 31 มกราคม 2544)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 176,807 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 28,857 คน หรือร้อยละ 16 ของประเทศ (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 31 สิงหาคม 2544) จึงเป็นสถิติที่อาจจะไม่สูงมากนักหากเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านภาคเหนือตอนบน แต่กลับพบว่ามีอัตราการติดเชื้อสูงสุดอยู่ในพื้นที่ภาคอีสาน ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในภาคอีสาน

2.2.1 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

วอลเดน เบลโล, เชียร์ คันนิงแฮม และลี ปอ เติ้ง (2543) ได้กล่าวถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำทางการพัฒนาประเทศ จนกระทั่งมีการอพยพย้ายแรงงานของภาคชนบท มีส่วนสัมพันธ์กันกับการแพร่ระบาดของเอดส์อย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาการเหลื่อมล้ำทางการพัฒนาของประเทศไทยที่ต้องการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศไปสู่อุตสาหกรรมใหม่ที่มุ่งการส่งออก จึงเพิ่มอำนาจซื้อแก่คนชั้นกลางและคนชั้นสูงในเมืองอย่างมหาศาลหากเปรียบเทียบกับชนบทก่อนข้างจะมีความแตกต่างกันมากมาย ซึ่งจากการสำรวจข้อมูล ปี 2534 ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอดส์อยู่ในภาคอีสาน ร้อยละ 11.6 สาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ และการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเลือดของคนงานอพยพ

นอกจากนี้ ปัจจัยสนับสนุนการอพยพย้ายแรงงานไปแสวงหางานทำทั้งในเขตเมือง และต่างประเทศ ค่อนข้างสูงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาของประเทศไทยนั้น จากผลการศึกษา ของ Allan Beesey (2542) Scott Bamber (2542) และรุจน์ โกมลบุตร (2543) ก็ค้นพบเช่นเดียวกันว่า ปัจจัยด้านการอพยพแรงงานไปยังชุมชนปลายทางต่างๆ ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศมีผลทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นไปอย่างกว้างขวางในกลุ่มแรงงานอพยพจากภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย

เพราะฉะนั้นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจจึงมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชนบทอีสาน เนื่องจากนโยบายการพัฒนาประเทศที่มีความแตกต่างเหลื่อมล้ำกันระหว่างเมือง กับ ชนบท และภาคอุตสาหกรรมและบริการกับภาคเกษตรกรรม จนเกิดช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบท จึงเกิดการอพยพย้ายแรงงานในภาคเกษตรกรรมสู่เมือง และอุตสาหกรรมอย่างมหาศาลเพื่อหาอาชีพ และรายได้แก่ครอบครัว

2.2.2 ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม

ลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรมชุมชนอีสานมีมิติทางสังคมแบบมาตรฐานเชิงซ้อน (Double standard) เช่นเดียวกับชุมชนชนบทในภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เช่น ผู้ชายสามารถเที่ยวหาความสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศได้ถือเป็นเรื่องปกติในสังคม แต่ผู้หญิงมีลักษณะที่ตรงกันข้ามปัจจุบันแนวโน้มที่ชุมชนจะยอมรับผู้ชายสามารถแสวงหาอนุภรรยาได้ แต่ผู้หญิงไม่สามารถกระทำเช่นนั้นได้ และได้รับการตำหนิจากสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้วิถีชีวิตชุมชนชนบทอีสานที่ยังคงยึดวัฒนธรรมประเพณี สถานภาพผู้หญิงหลังการแต่งงานแล้วถือว่าเป็นสมบัติของชาย รูปแบบของหญิงที่ดี ก็คือ การรักษาความบริสุทธิ์ การอยู่กับเหย้าเฝ้าเรือน การเลี้ยงดูบุตร และความเคารพข้อสัตย์ต่อสามีที่เปรียบเสมือนบิดาคนที่สองนั้นในฐานะผู้นำของครอบครัว ฯลฯ ซึ่งผู้หญิงอีสานมีการรับรู้การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสของสามีค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ดังเช่นจากการศึกษา ของ บรรพต ศรีจันทร์นิตย์ (2543) ก็พบว่า

“ไปทำงานที่กรุงเทพฯ ทำช่างเลยเอ้าท์ รายได้เดือนละหมื่นกว่าบาทอยู่กินสบายแฟนเขาชอบเที่ยวห้องอาหารเลยติดเชื้อจากนักร้องห้องอาหาร แฟนไปได้เดือนเดียว(หมายถึงระยะเวลาที่ไปเที่ยวห้องอาหาร: ผู้เขียน) กลับบ้าน 5-6 หุ่ม เราไม่เคยระวังสงสัยแฟน เพราะแฟนไม่ใช่คนเที่ยว (การมีพฤติกรรมนอกสมรสกับหญิงอื่น : ผู้เขียน) ครั้งแรกทำใจไม่ได้ เราไม่เคยเที่ยวแล้วทำไมต้องติดเชื้อ ทำใจอยู่ 1 ปี”

นอกจากนี้ พิมพวัลย์ บุญมงคล (2542) วอลเดน เบลโล เชียร์ คันนิงแฮม และลี ปอ เค็ง (2543) ได้กล่าวถึง ผลจากการรณรงค์ป้องกันติดเชื้อโรคเอดส์จาก หญิงขายบริการ ได้ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ใหม่ในสังคมไทย ก็คือ การมีเพศสัมพันธ์กันก่อนการสมรส และหลังจากการสมรสกับผู้หญิงอื่นๆ ที่มีไข้รยา โดยไม่มีมาตรการป้องกันใดๆ ซึ่งเป็นการรับรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับหญิงขายบริการเท่านั้น โดยที่ผู้หญิงไม่มีโอกาสได้รับทราบข้อมูล และอำนาจการต่อรองทางเพศต่ำในการให้ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัย เพราะเกรงว่าสามีจะทิ้งไปหาภรรยาใหม่ และที่เป็นการแสดงออกถึงการรังเกียจ และไม่ไว้วางใจกัน

ดังนั้นจากสภาพทางสังคม และวัฒนธรรมชุมชนอีสานดังกล่าวมาแล้วล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการกำหนดทัศนคติ การปฏิบัติต่อหญิงที่ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสของสามีค่อนข้างต่ำ และเห็นว่าพฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการของสามีเป็นเรื่องปกติของผู้ชาย รวมไปถึงอำนาจในการต่อรองทางเพศของผู้หญิงก็มีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ และสถานภาพภายในครอบครัว จึงมีผลต่อการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในผู้หญิงที่รับเชื้อจากสามีที่มีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นในอนาคต

บทที่ 3

ผลการศึกษา

3.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปจังหวัดสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์ เป็นจังหวัด 1 ใน 19 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร 457 กิโลเมตร มีพื้นที่ ประมาณ 8,124,056 ตารางกิโลเมตร หรือ 5,077,535 ไร่ โดยมีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ประเทศกัมพูชา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	จังหวัดศรีสะเกษ
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	จังหวัดบุรีรัมย์

ลักษณะการปกครองแบ่งออกเป็น 13 อำเภอ กับ 4 กิ่งอำเภอ 159 ตำบล 2,021 หมู่บ้าน และมีประชากร จำนวน 1,381,213 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง: 2542 ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2542) จำแนกเป็นเพศชาย 690,262 คน และเพศหญิง 690,951 คน ซึ่งในจำนวนประชากรดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็นผู้นับถือนิกายพระพุทธศาสนา (15-49 ปี) จำนวน 394,559 คน คิดเป็นร้อยละ 53.81 ของประชากรในวัยเดียวกันทั้งหมด

สรุปภาพรวมทางด้านเศรษฐกิจของจังหวัดในปี 2540 พบว่า มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรเท่ากับ 20,603 บาท/ปี มีผลิตภัณฑ์ในอันดับที่ 72 ของประเทศ และมีผลิตภัณฑ์มวลรวม 27,010 ล้านบาทเศษ โดยเป็นรายได้จากภาคเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 26.49 มีมูลค่า 7,155 ล้านบาทเศษ รองลงไปเป็นการค้าส่งและค้าปลีก ร้อยละ 24.32 มีมูลค่า 6,570 ล้านบาทเศษ มีอัตราการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 6.27 (กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540)

จากภาพรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของจังหวัดสุรินทร์จะเห็นได้ว่าเป็นพื้นที่ที่ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวต่ำอยู่ในระดับท้ายตารางของประเทศ และส่วนมากยังชีพด้วยการประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนา และพืชไร่ที่อาศัยธรรมชาติ (Rain fed Area) ค่อนข้างสูง ดังนั้นระบบการผลิตจึงอยู่ในอัตราความเสี่ยงทั้งในด้านปัจจัยธรรมชาติ และราคาสินค้าผลผลิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกษตรกรจำเป็นต้องอพยพย้ายแรงงานไปทำงานในต่างจังหวัด และลงเรือประมงในช่วงหลังฤดูการผลิตแบบชั่วคราว และถาวรหากสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนมาก และโอกาสได้งานที่ดี

3.2 สภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่

3.2.1 ลักษณะการประกอบอาชีพ

จากสภาพทั่วไปของจังหวัดสุรินทร์ดังกล่าว ได้มีสถานการณ์การอพยพย้ายแรงงานค่อนข้างสูง เนื่องจากในพื้นที่ดังกล่าวตั้งอยู่ในพื้นที่แอ่งกระทะทุ่งกุลาร้องไห้ที่ครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัดของภาคอีสาน และประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนา และปลูกพืชไร่ เช่น มันสำปะหลัง และอ้อยโรงงาน เป็นพืชเศรษฐกิจ และรายได้หลักของครอบครัว โดยสามารถเพาะปลูกได้เพียงปีละครั้งเท่านั้น ดังนั้นในช่วงเวลาหลังจากการเพาะปลูกจึงอพยพแรงงานไปทำงานอื่นๆ ทำเป็นปกติ

นอกจากนี้จากภาพรวมการถือครองที่ดินทั้งจังหวัดก็พบว่า เกษตรกรส่วนมากมีที่ดินเป็นของตนเอง ร้อยละ 85.95 และเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเองอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 78.25 และมีการจำนอง หรือขายฝากไปแล้วถึง ร้อยละ 7.69 และส่วนที่เหลือเป็นที่ดินของบุคคลอื่นๆ ร้อยละ 14.05 โดยมีพื้นที่ที่ต้องเช่าทำการเพาะปลูก ร้อยละ 7.11 ของพื้นที่เกษตรกรรมทั้งหมด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสถานการณ์โดยรวมของปัญหาที่ดินของเกษตรกรข้างต้นมีการขายฝาก หรือจำนองไปบ้างแล้วนั้นถือว่าเป็นตัวเลขที่แตกต่างกันมากกับข้อเท็จจริงในระดับพื้นที่ เพราะว่า เกษตรกรอาศัยแหล่งเงินกู้เพื่อการผลิต และการดำรงชีพประจำวันอื่นๆ ทั้งจากเงินกู้นอกระบบ และในระบบ เช่น ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอพยพแรงงานไปทำงานต่างจังหวัดนั้นจำเป็นต้องกู้เงินสต็อกติดตัวไปด้วยเสมอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 2,000 บาท สำหรับการหางานทำในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล

3.2.2 แรงงานประมง หญิงบริการ และยาเสพติด

รูปแบบ และลักษณะการอพยพย้ายแรงงานของชุมชนชนบทอีสานมีลักษณะที่สัมพันธ์กับระบบเครือญาติภายในชุมชน ซึ่งเป็นระบบวัฒนธรรมดั้งเดิมที่เชื่อมโยงกันทั้งชุมชนนับตั้งแต่การตั้งถิ่นฐาน ซึ่งชุมชนที่มีการอพยพแรงงานลงเรือประมงก็เช่นเดียวกัน โดยมีแรงงานอพยพรุ่นแรกๆ ที่เคยไปทำงานเป็นไต๋กั้งเรือกับนายทุนแถบภาคใต้ และภาคกลางมาก่อน เพื่อเดินทางไปจับปลาทั้งในน่านน้ำไทย และประเทศเพื่อนบ้าน เช่น อินโดนีเซีย และพม่า ฯลฯ หลังจากกลับมาจากการรับจ้างในเรือประมงดังกล่าวแล้วได้ผ่านประสบการณ์และเห็นโอกาสในการลงทุนเป็นเจ้าของกิจการ หรือเป็นผู้ประกอบการเอง

หลังจากนั้น จึงติดต่อชักชวนเพื่อนบ้านที่อยู่อาศัยภายในหมู่บ้าน และตำบลเดียวกันที่อยู่ใกล้เคียงไปเป็นลูกจ้างในเรือ ครั้งละ 30-40 คน ซึ่งแรงงานรับจ้างในเรือประมงดังกล่าวส่วนใหญ่จึงมีความผูกพันทั้งในลักษณะเครือญาติ และเพื่อนสนิทในกลุ่มเดียวกัน แต่อาจจะมียานเรือนอยู่อาศัยคนละหมู่บ้านก็ได้ เพราะจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นสูงกว่านายจ้างอื่นๆ ที่ไม่ทราบที่อยู่ และประวัติความเป็นมาแน่ชัด จึงเป็นบริบททางสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจไปร่วมทำงานด้วย

นอกจากนี้ ในระหว่างการทำงานในเรือประมงที่ต้องใช้ระยะเวลานานหลายเดือนกว่าจะได้ขึ้นฝั่ง ปัญหาแรงงานรับจ้างที่ส่วนมากอยู่ในวัยอกรรจ์ต้องจากถิ่นฐานบ้านเรือนไปไกลต้องประสบ ก็คือ ปัญหาโรค

คิดถึงบ้าน (Home Sickness) และอยู่ภายใต้สภาวะแวดล้อมการทำงานที่แตกต่างออกไป จึงมักจะมาลงเอยที่ ยาเสพติดประเภทใดประเภทหนึ่ง โดยมี “รุ่นพี่” ที่มีประสบการณ์ในเรื่องมาก่อนชักชวนให้ลองเสพ โดยมี พื้นฐานยาเสพติดชนิดอื่นๆ ก็คือ สุรา และบุหรี่ ที่ทุกคนเสพอยู่เป็นพื้นฐาน หรือบันไดขั้นต้นร่วมกัน

จากการศึกษาก็พบว่า การทดลองเสพยาจากการชักชวนของเพื่อนร่วมงานในฐานะ “รุ่นพี่” ที่มีพื้นฐานความสัมพันธ์ด้านเครือญาติ และความเป็นเพื่อนบ้านเรือนเคียงในชุมชนเดียวกันดังกล่าวเป็นปัจจัยทาง ด้านสังคม และวัฒนธรรมมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการโน้มน้าวจิตใจให้ทดลองเสพยาบ้าที่ส่วนใหญ่ใช้วิธีการ “ฉีดเข้าเส้นเลือด” ซึ่งจะพบรูปแบบ และวิธีการในการชักชวนแบบสບประมาณแบบมีนัย เช่น “ไม่ลองไม่ใช่ ชาย” “ครั้งเดียวไม่เป็นไร” “รักกันจริง ทำอะไรต้องทำด้วยกัน” ฯลฯ โดยส่วนใหญ่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ด้วยวิธีการ “โหด” ก็คือ การผสมยาเฮโรอีนกับน้ำกลั่น และก่อนการฉีดเข้าสู่เส้นเลือดจะต้องไล่ฟองอากาศ ออก และดูดเลือดออกมาผสมยาก่อนที่จะฉีดเข้าเส้นเลือด

นอกจากการใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือดดังกล่าวแล้วพฤติกรรมเสี่ยงอีกประการหนึ่ง คือ การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิงขายบริการในเมืองท่าต่างๆ ในระหว่างที่เรือจอดรับ-ส่งสินค้าประมงจาก ทะเล โดยพื้นฐานมาจากการดื่มสุราจนครองสติไม่อยู่ และมีพฤติกรรมที่ไม่ใช่งานอย่างอนามัยในระหว่างการใช้ บริการ โดยให้ความเห็นที่คล้ายๆ กันว่า “ไม่เป็นธรรมชาติ” “ใจไม่เต็มร้อย” จึงต้องพิสูจน์ความกล้าให้ เพื่อนๆ ดู และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการดื่มสุราจนเมามาไม่ได้สติก่อนเสมอๆ “เมาจนไม่รู้เรื่องเลย” ก่อนที่จะไปเที่ยวหญิงบริการบนฝั่ง

“...แฟนเขาเคยเล่าให้ฟังว่ามีครั้งหนึ่งเรือไปเทียบท่าที่ระนอง เพื่อนๆ คนงานไปจุดผู้หญิงพม่า มาคนหนึ่ง และพากันข่มขืน 5-6 คน หลังจากนั้นหลายเดือนต่อมาเริ่มมีอาการไม่สบายบ่อยๆ ไปหา หมอยๆ ก็ตรวจร่างกายเลยเจอโรคอย่างว่า ตอนนี้องค์เพื่อนรุ่นนั้นตายกันหมดแล้ว...”

ซึ่งแรงงานอพยพล่วงเรือประมงดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันกับการแพร่ระบาดของโรค เอดส์อย่างมีนัยสำคัญ เพราะว่ามี การค้นพบข้อเท็จจริงที่สอดคล้องกับประสบการณ์ขององค์กรพัฒนาเอกชน ต่างๆ ที่ปฏิบัติงานรณรงค์ด้านเอดส์ในพื้นที่ชุมชนอีสาน พบว่าแรงงานอพยพล่วงเรือประมงเป็นผู้แพร่เชื้อเอดส์ สูภรรยาที่บ้าน ซึ่งจะพบหนาแน่นในพื้นที่ติดต่อยกเว้นจังหวัดร้อยเอ็ด และสุรินทร์¹ ดังคำบอกเล่าของผู้หญิง คนหนึ่งที่รับเชื้อเอดส์จากสามี และเสียชีวิตไปก่อนหน้านี้แล้วว่า

“ไม่รู้มาก่อนเลยว่าแฟนติดยาเสพติด จนกระทั่งตายไปแล้วเราถึงได้เห็นเข็มฉีดยาของเขาที่ซ่อน ไว้ แฟนจะไม่ยอมบอก เล่นเข็มฉีดยาตอนที่ไปลงเรือ ไปลงเรือนี้จะไปเป็นรุ่นๆ รุ่นที่ 1 ตายหมด แล้ว (จากโรคเอดส์ : ผู้เขียน) เหลืออยู่รุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 ไปลงเรือลำหนึ่งประมาณ 37 คน ส่วนมาก

¹ พื้นที่ จังหวัดสุรินทร์ มีอาณาเขตติดต่อยกเว้นทางด้านทิศเหนือ และได้ของจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีแรงงานอพยพล่วง เรือประมงค่อนข้างสูง และมีผู้ติดเชื้อเอดส์ค่อนข้างหนาแน่นเช่นเดียวกัน

ที่อยู่ในเรือพากันเล่นเข็มขัดยา พอขึ้นฝั่งมาก็พากันไปเที่ยวผู้หญิง เพราะเวลาลงเรือไม่ได้ไปเข้าเย็น กลับจะไปเป็นเดือนๆ ถ้าเป็นเรือทัวร์จะเป็น 15 วัน เรือลากก็จะเป็น 2-3 ปี พอเรือจะขึ้นฝั่งหญิงบริการก็จะไปรออยู่ที่ฝั่ง บางคนก็รู้ว่าตัวเองติดเชื้อ หลังจากนั้นก็เอาเชื้อมาฝากเราที่บ้าน"

กล่าวโดยสรุปปัจจัยการอพยพแรงงานจึงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีสู่ภรรยา และบุตรค่อนข้างสูง เนื่องจากการใช้ยาเสพติด และการเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศในเมืองท่าต่างๆ ที่เรือแวะจอดรับ-ส่งสินค้าประมง ซึ่งได้มีการคาดการณ์ว่าวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ที่ผ่านมามีแรงงานอพยพส่วนหนึ่งเดินทางกลับภูมิลำเนา เนื่องจากธุรกิจล้มเหลว ปัญหาถูกให้ออกจากงาน และยังไม่ทราบสถานภาพที่แท้จริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่อาจจะแอบแฝงอยู่เนื่องจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงในระหว่างการทำงาน และนำกลับมาสู่ภรรยา และบุตรได้

3.3 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในผู้หญิง

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ในการควบคุมดูแลของ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 5 (สคต.5) ที่ครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด คือ ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ มหาสารคาม และสุรินทร์

จากรายงานสรุปสถานการณ์ ของ สคต.5 พบว่า มีการรายงานโรคเอดส์ครั้งแรกในพื้นที่บางจังหวัด ปี 2530 จนกระทั่งครบทุกพื้นที่ในปี 2533 และมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่ามีสถิติสูงที่สุดในช่วงปี 2541-2543 พบว่ามีจำนวนผู้สะสมมากที่สุด คือ นครราชสีมา จำนวน 2,879 ราย และจังหวัดอื่นๆ ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 1 สถิติผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ และจำนวนผู้เสียชีวิตรายจังหวัดในเขต 5 ตั้งแต่ 2528-31 มีนาคม 2545

จังหวัด	ผู้ป่วยเอดส์		ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ		รวมทั้งสิ้น		
	จำนวน	เสียชีวิต	จำนวน	เสียชีวิต	ยังมีชีวิตอยู่	เสียชีวิต	รวม
นครราชสีมา	2,632	594	969	128	2,879	722	3,601
ชัยภูมิ	1,433	291	968	27	2,083	318	2,401
บุรีรัมย์	2,428	510	833	36	2,715	546	3,261
สุรินทร์	2,130	392	615	19	2,334	411	2,745
มหาสารคาม	1,590	206	755	30	2,109	236	2,645
รวมเขต 5	10,213	1,993	4,140	240	12,120	2,233	14,353
การเสียชีวิต		19.51%		5.80%		18.42%	
รวมประเทศ	189,884	52,507	70,746	7,393	200,730	59,900	260,630

ที่มา : สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 5

สิ่งที่น่าวิตกเป็นอย่างยิ่ง ก็คือ การมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชาย-หญิงวัยรุ่นที่มีค่อนข้างสูง เนื่องจากมีการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำ เช่น ชายเที่ยวหญิงบริการใช้เพียงร้อยละ 23-68 ใช้กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา ร้อยละ 15-41 และใช้กับแฟน หรือภรรยา ร้อยละ 13-29 เท่านั้น ซึ่งชายในกลุ่มดังกล่าวมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหลายกลุ่มถึง ร้อยละ 10 และพบในกลุ่มหญิงวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเช่นเดียวกันนี้ด้วย

จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยในปี 2538 มีผู้ป่วยหญิง ประมาณ 1 ใน 5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต่อมาในปี 2544 พบว่าผู้ป่วยหญิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็น 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้หญิงที่ใช้หญิงตั้งครรภ์เป็นตัวแทนพบว่ามีอัตราค่อนข้างสูงในพื้นที่เขต 5 มีอัตราสูงถึง 1.85 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อัตราทั้งภาค และประเทศ คือ 1.21 และ 1.37 ตามลำดับ (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 5, 2545)

ดังนั้น อัตราการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์จากสถิติข้างต้นบ่งชี้ถึงสถานการณ์เอดส์ในครอบครัวของครัวเรือนในพื้นที่ของภาคอีสาน และจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีอัตราการสะสมผู้ป่วยอยู่ในลำดับที่ 4 ของเขต 5 และมีอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนอยู่ในลำดับที่ 3 เช่นเดียวกัน เพราะฉะนั้นกล่าวโดยสรุปแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของชุมชน ก็คือ

1) ปัจจัยการอพยพแรงงานไปแสวงหางานทำนอกชุมชนของหัวหน้าครัวเรือน หรือประชากรชายทั้งก่อน และหลังจากการสมรส

2) ปัจจัยด้านตลาดแรงงาน หรือลักษณะงานทำของประชากรชายที่ไปทำงานนอกชุมชนที่เป็นอุตสาหกรรมที่ต้องใช้กำลังแรงงานมนุษย์ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เหมาะกับแรงงานหญิง และมีอัตราเสี่ยง ก็คือ แรงงานรับจ้างในเรือประมง

3) ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมแบบเครือญาติ ระบบอุปถัมภ์ภายในชุมชน และการยกย่องความกล้าหาญแบบชาย รวมทั้งความเป็นเกลอ หรือเลี้ยว เพราะแรงงานรับจ้างประมงมักจะเกาะเกี่ยวกันไปแบบเป็นกลุ่มๆ เพื่อนบ้านเดียวกัน และเป็นญาติพี่น้องไปพร้อมๆ กันในเรือลำเดียวกัน ไปรุ่นเดียวกัน เป็นต้น

4) ปัจจัยด้านระยะเวลาในการทำงานนาน เพราะต้องออกเรือตระเวนหาจับปลารอนแรมหลายๆ เดือน หรือหลายปี จึงเกิดความเครียด ความเหงา และความคิดถึงบ้าน แรงงานรับจ้างเรือประมงหลายรายจึงหันไปพึ่งพยายาเสพติดประเภทฉีดเข้าเส้น และที่พบ ก็คือ เฮโรอีนผง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเอดส์

5) พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการ หรือพฤติกรรมการมีเพศนอกสมรสกับหญิงอื่น ซึ่งพบว่าแรงงานอพยพชายใช้บริการทางเพศกับหญิงบริการ เมื่อเรือประมงเทียบท่าขนถ่ายสินค้าแต่ละครั้ง และมักมีพฤติกรรมเสพยาจนมึนเมาไม่ได้สติก่อนไปเที่ยวเสมอ และไม่ค่อยนิยมใช้ถุงยางอนามัย

ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีอัตราเสี่ยงในการนำเชื้อเอดส์กลับมาแพร่สู่ภรรยาที่บ้าน และบุตรที่เกิดในภายหลัง จึงส่งผลกระทบต่อเด็กถึงปีละประมาณ 1,700 ราย/ปี (จากการคำนวณจากจำนวนเด็กที่เกิดประมาณ 93,000 ราย/ปี ของ สคต.เขต 5)

3.4 สภาพชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

จากการศึกษาสภาพวิถีชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในชุมชนประมง ซึ่งได้รับเชื้อเอดส์จากสามีที่อพยพแรงงานไปลงเรือประมง ก็พบว่า จุดเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญที่สุดที่จำเป็นต้องเผชิญปัญหาความยากลำบาก และเป็นคนด้อยโอกาสทางสังคมในปัจจุบัน โดยสามารถแบ่งออกได้ 5 ช่วง ดังต่อไปนี้

3.4.1 ปัญหาสุขภาพร่างกาย และจิตใจ

การเผชิญปัญหาความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์หลังจากการรับเชื้อจากสามี ก็คือ ปัญหาสุขภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งสามารถแบ่งสภาพปัญหาและผลกระทบที่เป็นวิกฤติของชีวิตได้ 3 ช่วงหลังจากการติดเชื้อ ก็คือ

1) ในช่วงระยะการติดเชื้อ และยังไม่มีการเจ็บป่วยแสดงออกให้เห็นชัดเจน ปัญหา และความยากลำบากที่ต้องเผชิญ ก่อนการเปิดเผยตนเองต่อสาธารณะ มีดังต่อไปนี้

ปัญหาความยากลำบากในด้านสภาวะจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากการรับรู้ ว่า โรคเอดส์ไม่มียารักษา เป็นแล้วตาย และสังคมรังเกียจ จึงสร้างความกดดันแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์คิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ไม่กล้าเปิดเผยตัว เกิดความเครียดคับข้องใจจะเพิ่มมากขึ้นหากความลับถูกเปิดเผย และสังคมไม่ยอมรับ ดังจากกรณีศึกษา ก็คือ

“แอนนา (นามสมมติ) อายุ 31 ปี มีพี่น้องด้วยกัน 7 คน และเธอเป็นบุตรคนที่ 5 อาชีพเดิมทำนา และมีที่นา 14 ไร่ ผลผลิตข้าวพอได้กินคຸ່ມปี ต่อมาแต่งงานกับหนุ่มหมู่บ้านใกล้เคียงตอนอายุ 24 ปี และสามี อายุ 25 ปี ซึ่งก่อนหน้าจะแต่งงานเขาก็ไปลงเรือหลังจากออกโรงเรียน (ประถมศึกษาปีที่ 6: ผู้เขียน) พร้อมกับพวกเพื่อนผู้ชายรุ่นเดียวกันหลังจบ ป.6 เขาจะชวนกันไปทำงานลงเรือกันหมด ไม่มีโอกาสได้เรียนหนังสือกัน เขาลือว่าทำงานได้เงินดี” ปัจจุบันมีบุตรชาย 2 คน อายุ 9 และ 4 ขวบ

“ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ ประมาณปี 2542 หรือ 2543 เธอจำไม่ค่อยแม่นยำนัก สามีก็กลับมาจากลงเรือ พร้อมกับอาการเจ็บป่วย เจ็บปวดตามข้อนิ้วมือ พร้อมทั้งเสียงสือจากเพื่อนบ้านที่พากันพูดซุบซิบกันว่าสามีเธอเป็นเอดส์ กลายเป็นแรงกดดันให้เธอตัดสินใจเลยพากันไปตรวจที่คลินิก แล้วกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลทั้งสองคน ก็เจอตกใจมากพอรู้ผลว่าเป็นเอดส์หมอก็แนะนำให้พากันไปมาตรวจด้วย แต่ไม่ได้พาไป ทำใจไม่ได้ ไม่อยากรู้ผล กลัวว่าทำใจไม่ได้ถ้าลูกติดด้วย” จนทุกวันนี้แอนนายังคงไม่มั่นใจว่าลูกน้อยวัย 4 ขวบไปตรวจตามที่หมอแนะนำ เพราะวิตกกังวลว่าลูกจะติดเชื้อจากแม่

หลังจากการตรวจเลือด และรู้ผลจากโรงพยาบาล แอนนาส่งสามีที่เริ่มเจ็บป่วย และมีโรคแทรกซ้อนกลับไปอยู่บ้านพ่อแม่ของเขานั่นหมู่บ้านใกล้เคียง เนื่องจากไม่มีเวลาคูแดูแล เพราะภาระดูแลลูกที่ยังเล็ก และเป็นช่วงดำนาพอดี จนกระทั่งต่อมาในเดือนกันยายน ปีเดียวกันสามีก็เสียชีวิตลงจากโรคร้ายดังกล่าว โดยที่เธอไม่มีโอกาสดูใจสามีที่เคยรักกันมาก่อนเลย

“เคียด (โกรธ) ผัวหลายที่เอามาฝาก ทุกข์ใจมากที่สุดหลังจากรู้ผลการตรวจเลือดว่าติดเอดส์จากสามี คิดถึงลูกจะอยู่อย่างไร จะกินอะไรหากเราตายไปก่อน ลูกก็ยังน้อยอยู่” เธอสะท้อนความทุกข์กังวลใจที่เผชิญอยู่ในขณะนี้ แม้ว่าจะระยะเวลาจะผ่านมากกว่า 1 ปีแล้วหลังจากการตายของสามีในปลายปี 2543 หลังจากรู้ผลเธอบอกว่าโกรธสามีมากที่แพร่โรคนี้น่าสู่ตนเอง และไม่บอกกล่าวให้รู้ล่วงหน้า

ปัจจุบันแอนนาอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่อายุมากแล้วทั้งคู่ และพ่อก็ยังเจ็บออกๆ แอดๆ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเสมอๆ เนื่องจากเป็นโรคกระเพาะเรื้อรัง ยังชีพจากการทำนาที่ผลผลิตเฉลี่ย 300 ถัง/ปีพอได้กินของครอบครัว และรับจ้างดำนา หรือก็หาเก็บเห็ดจากป่าข้างหมู่บ้านขายพอมีรายได้เล็กน้อย ในช่วงฤดูฝนเธอต้องรับภาระดูแลลูก 2 คน ที่คนโตอายุ 9 ขวบ

นอกจากนี้เธอยังเล่าให้ฟังว่าเคยถามสามีเรื่องสาเหตุการติดเชื้อเอดส์ในช่วงทำงานลงเรือประมงเนื่องจากสักลายที่ต้นแขนเป็นรูปไก่ชน เพราะสามีเป็นคนชอบไก่ชน โดยให้เพื่อนสักให้ และต่อมาเพื่อนที่สักลายให้ก็เสียชีวิตเพราะโรคเดียวกันไปก่อนหน้านั้นแล้วเช่นกัน ส่วนเรื่องยาเสพติดนั้นสามีไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับ

โดยในระยะแรกสามีจะปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้เป็นโรคเอดส์มาโดยตลอดจนกระทั่งผลการตรวจเลือดจากโรงพยาบาลดังกล่าวยืนยัน

นอกจากนี้ยังได้สะท้อนความทุกข์ยากที่ต้องเผชิญ ก็คือ “เกิดมาคือบ่คือหนู หนูเพิ่มคือบ่เป็นคือเฮา” (หมายถึง เกิดมาทำไมตนเองถึงต้องมาเผชิญกับโรคร้ายนี้เพียงลำพัง คนอื่นๆ เขาไม่เห็นเป็นอะไรกัน)

แรงจูงใจที่สำคัญในการดำรงชีพอยู่ได้ทุกวันนี้ ของ แอนนา ก็คือ ลูกน้อยทั้งสองคนเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องอยู่ และมีครอบครัวที่มีพ่อแม่คอยให้กำลังใจจึงสามารถทำให้ผ่านวิกฤติดังกล่าวมาได้ รวมทั้งได้มีโอกาสเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อประจำอำเภอ ทำให้มีเพื่อนมากมาย และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ให้คำปรึกษายามทุกข์ใจได้ สำหรับสุขภาพร่างกายของเธอในปัจจุบันยังแข็งแรงเป็นปกติ และทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้

2) ในช่วงระยะเวลาการแสดงอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง และมีอาการเรื้อรังจากโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส จะสร้างความลำบาก และผลกระทบต่อการดำรงชีพที่สำคัญเช่นเดียวกัน สาเหตุเพราะ

ในระยะนี้ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะๆ และมีอาการเรื้อรังจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น เชื้อราในสมอง วัณโรค และท้องร่วงเรื้อรัง ฯลฯ ทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง และครอบครัวเพิ่มมากขึ้น เพราะความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ในขณะที่เดียวกันกับรายจ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดปัญหาภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างหนัก ดังเช่นกรณีศึกษาต่อไปนี้

จากกรณีศึกษาของฟ้า (นามสมมติ) อายุ 30 ปี มีบุตร 2 คน ชาย 1 หญิง 1 อายุ 9 และ 4 ขวบตามลำดับ มีอาชีพทำนา และมีที่นา 40 ไร่ อาศัยอยู่กับแม่ อายุ 45 ปี ที่มีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงนัก มีพี่น้อง 4 คน ชาย 3 และหญิง 1 ก็คือ เธอนั่นเอง ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่ชายคนหัวปี และคนที่สองก็ไปทำงานลงเรือประมงหลังจากจบประถมศึกษาเช่นเดียวกับเด็กหนุ่มหลายๆ คนในหมู่บ้าน

“พี่ชายคนโตลงเรือแล้วหายสาบสูญไปกว่า 10 ปีแล้ว คงจะตายไป เพราะไม่ได้ข่าวเลย และพี่ชายคนที่สองก็ไปลงเรือกับเรือประมงแถวสมุทรปราการ ได้ค่าจ้างเดือนละ 4,000 บาท เป็นลูกเรือค่าจ้างจะต่ำที่สุด ไปพร้อมกับน้องชาย (สามีฟ้า)”

ฟ้าแต่งงานกับชายหนุ่มในหมู่บ้านใกล้เคียงกันกับเธอเมื่อตอนอายุ 25 ปี และสามี อายุ 30 ปี ซึ่งสามีก็เช่นเดียวกับเด็กหนุ่มคนอื่นๆ ในหมู่บ้านที่จบ ป.6 ก็ลงเรือกันหมด และก่อนหน้าที่จะมาแต่งงานกับฟ้าเขาไปทำงาน ลงเรือ และถูกเพื่อนคนงานในเรือรุมทำร้ายสลับจนปางตาย และหลังจากฟื้นขึ้นมาจึงหนีกลับบ้าน แต่ต้องพิการขาเป๋ การแต่งงานครั้งนี้เธอไม่ได้เป็นคนเลือกญาติพี่น้องเป็นคนหาคู่ให้ เพื่อจะได้ช่วยทำงานในนา และหาเลี้ยงชีพ โดยไม่รู้เลยว่าเป็นการตัดสินใจครั้งเดียวที่มีผลกระทบต่อชีวิต และชะตากรรมในภายหลังอันเจ็บปวด

“เขาเริ่มป่วยตั้งแต่ยังไม่ได้แต่งงานกับฉัน แต่ตอนนั้นยังไม่รู้ว่าเป็นเอดส์ เพราะไม่มีข้อมูล ไม่ทราบมาก่อนเลย เขาเป็นงูสวัด และแผลเปื่อยตามตัว ในปี 2540 เขากลับมาจากลงเรือมีแผลเปื่อยด้านหลัง และข้างลำตัวแบบเรื้อรัง ช่วงนั้นกำลังมีท้องลูกคนเล็กได้ 1 เดือน พ่อแม่

สามีเขามอบอกแม่ (ของฟ้า) ว่าลูกชายเขาเป็นเอดส์" หลังจากสามีกลับมา และอาการป่วยจากโรคแทรกซ้อนทำงานไม่ได้ ไม่มีใครดูแล เพราะฟ้าเองต้องดูแลโรน้า เพราะแม่ไม่สบายบ่อยๆ จึงส่งไปให้พ่อแม่ของสามีดูแล ต่อมาไม่ถึง 2 เดือนเขาก็จากไป โดยที่เธอไม่สนใจจะไปเผาศพด้วยซ้ำ

เธอลำว่า "เคยถามเขาว่าเป็นเอดส์เหมือนกับชาวบ้านเขาลือ หรือเปล่า แต่ไม่เคยพูด ไม่เคยบอก ไม่ยอมรับ ตอนหลังมารู้ว่าเขาเล่นเข็มในช่วงทำงานในเรือ" และบอกคนที่บ้านเขาว่าตนเองเป็นเอดส์

"เคียดแองๆ (โกรธมาก) ที่รู้ว่าเขาติดเชื้อเอดส์ เคียดทั้งผิว และแม่ใหญ่ (แม่ของฟ้า) ที่ยุให้แต่งงาน" เธอต้องใช้ระยะเวลากว่าหนึ่งเดือนจึงคลี่คลายอารมณ์โกรธญาติพี่น้องที่สนับสนุนให้แต่งงานกับผู้ชายคนนี้ที่ทำลายเธอทั้งอนาคต และชีวิต

"รู้สึกทุกข์มากในช่วงนี้ ลูก 2 คนก็ไม่มีใครดูแล มีนาหลาย (40 ไร่) แต่ไม่มีคนทำ น้องชายเขาก็มาช่วยไถให้บ้าง แต่ก็ช่วยได้ไม่เต็มที่ เพราะเขาก็ต้องทำนาเขาเองด้วย จะจ้างก็ไม่มีเงินจ้าง ค่อยๆ ทำไป ตอนนี้สุขภาพก็ไม่ดีต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ ลูกชาย (คนโต) ก็ป่วยเช่นเดียวกัน อยู่ได้ทุกวันนี้ ก็อยู่เพื่อลูก"

นี่คือสิ่งที่เธอได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อ และเริ่มเจ็บป่วยจนทำงานไม่ค่อยได้ เพราะห้ข้ากรรมขัด ลูกชายคนโตติดเชื้อจากแม่ และป่วยต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อย เธออาศัยน้องชายเพียงคนเดียวที่มีอยู่ในการทำนา แต่ไม่เต็มทีนักเพราะเขาก็มีภาระดูแลรับผิดชอบครอบครัวเขาเช่นกัน ดังนั้นนาจึงทำได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย และได้ผลผลิตพอกินเท่านั้น

แรงจูงใจสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ ก็คือ บุตรทั้งสองคน และแม่ที่อาศัยอยู่ด้วยกันในขณะนี้ทำให้เธอสามารถสู้กับปัญหาความทุกข์ยากที่สุดในชีวิตมาได้ แต่เธอก็ค่อนข้างจะวิตกกังวลต่ออนาคตหลังจากเธอจากไปก่อน "ลูกทั้ง 2 คน ไม่มีใครดูแล" จึงเป็นสิ่งที่ค้างคาใจอยู่ในขณะนี้ที่ไม่สามารถคลี่คลายได้

เธอจึงมีข้อเรียกร้องให้ภาครัฐเข้ามาดูแลช่วยเหลือ "รัฐไม่เคยให้ความช่วยเหลืออะไร นอกจากการรักษาพยาบาลที่ใช้บัตรทอง (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ส่วนเรื่องอื่นๆ ไม่มี อยากรขอให้ช่วยด้านทุนการศึกษาแก่ลูกทั้ง 2 คน เพราะขาดคนดูแล แม่เป็นไปใครจะดูแล และทุนสำหรับการประกอบอาชีพที่พอทำได้ในช่วงนี้" ซึ่งที่ผ่านมาทางหมู่บ้านก็ไม่มีมาตรการช่วยเหลือใดๆ เช่นเดียวกัน นอกจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ให้คำปรึกษา และประสานทางองค์การบริหารส่วนตำบลให้ทุนฉุกเฉินในการยังชีพแก่ครอบครัว

3) ในช่วงระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต และชีวิตหลังจากการตาย

ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่สะสมมานาน จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาระการดูแลครอบครัวจึงตกแก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการกำลังใจจากคนรอบข้างคอยดูแลเอา

ใจใส่ รวมทั้งปัญหาหลังจากการตายที่จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย เช่น งานศพ และบุรุษिताที่ขาดผู้ดูแล ฯลฯ

ในการศึกษาสภาวะความยากลำบากของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในกลุ่มแรงงานอพยพลongเรื่อประมง ก็พบว่า มีการศึกษา ของ ลูกเกิด (นามสมมติ) อายุ 11 ขวบที่เธอต้องเผชิญชะตากรรมเพียงลำพัง เนื่องจากพ่อแม่เสียชีวิตหมดแล้วทั้งสองคน ไว้คนดูแล และต้องอยู่เพียงลำพังที่บ้านพักในชุมชน ซึ่งเธอก็เริ่มเจ็บป่วยจากการได้รับเชื้อเอดส์จากมารดาในระหว่างการตั้งครรภ์

การดำรงชีวิตอยู่แต่ละวันต้องอาศัยเพื่อนบ้านผู้ใจบุญเผื่อแผ่อาหารต้องอดมื้อกินมื้อ ด้วยแรงกดดันภายในชุมชนที่ไม่มีใครอยากจะมาเล่นด้วย เพราะกลัวติดเชื้อเอดส์จากเธอ จึงไม่อยากจะเผชิญหน้ากับใคร เธอจึงต้องกบดานอยู่แต่ภายในบ้าน และอาศัยโทรทัศน์ที่พ่อซื้อไว้ก่อนตายเป็นเพื่อนยามเหงา พร้อมกับเครื่องเล่นวีซีดีดูภาพยนตร์เรื่องโปรด แต่ละวันเธอนอนบนโซฟาตัวเดิมจ้องจอโทรทัศน์จึงเป็นภาพที่ชินตาของผู้สัญจรผ่านไปมาในหมู่บ้านที่ไร้ญาติมิตร และเพื่อนพ้องมาร่วมเล่นสนุกสนาน

ปัจจุบันลูกเกิด อยู่ในสภาพร่างกายที่ซูบผอมแสดงอาการเจ็บป่วยจากเอดส์ในระยะแสดงอาการจากโรคแทรกซ้อน ผิวหนังอักเสบ เธออยากเรียนหนังสือ แต่ก็เรียนถึงเพียงชั้น ป.5 เท่านั้น และต้องหยุดเรียนเพราะพ่อแม่เสียชีวิต และไม่มีเงินไปโรงเรียน

เช้าวันหนึ่งเธอขอโดยสารติดรถยนต์เพื่อนบ้านเข้ามาในเมือง เพื่อขอเงินจากเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ และเคยแวะเวียนไปเยี่ยมเยียนครอบครัวเธอที่เจ็บป่วยในหมู่บ้านบ่อยครั้ง จึงเป็นคนสนิทของครอบครัวคนเดียวที่รู้จักในยามนี้ โดยเฉพาะในยามท้องหิวที่ต้องอดข้าวมาหลายวัน

“นำหนูขอเงินกินข้าวหน่อย หนูอยากกินข้าวกับไก่ย่าง หนูอยากไปเที่ยวพลาซ่า” (นางสรรพสินคำแห่งหนึ่งในจังหวัดที่เธอเคยไปกับครอบครัว) เจ้าหน้าที่คนเดิมค้นกระเป๋าสตางค์สำรวจเงินที่มีเหลืออยู่เพียง 300 บาท และขอสมทบจากสามีอีก 400 บาท สำหรับเป็นค่ารถ และค่าอาหารที่จะเข้าเมืองพร้อมหนูน้อยที่ร่างกายอ่อนแอ ซูบผอม และอดโรยจนไร้เรี่ยวแรง น้าหญิงผู้ใจดีจำต้องคอยประคองเกรงว่าจะตกกรโดยสารในขณะเดินทาง

“หนูอยากกินไก่ย่างเค เอฟ ซี” หนูน้อยขี่มือไปที่ร้านไก่ย่าง พลันที่เดินถึงห้างดังกล่าว น้าหญิงผู้ใจดีถึงกับนิ่งอึ้ง และน้ำตาไหลกับความไร้เดียงสาของเด็ก เธอนึกเปรียบเทียบกับคนรวยที่พากันทิ้งกินขว้างทิ้งอาหารกองอยู่เต็มโต๊ะ ในขณะที่เธอมีเงินอยู่ในมือไม่กี่ร้อย และเดินไปซื้อชุดไก่ย่างให้ 1 ชุด 95 บาทส่งให้หนูน้อยมาถือไว้กับอกราวกับว่ากลัวมันจะหลุดมือไป และพากันเดินลงจากห้างตามบันไดเลื่อนผ่านร้านขายวีซีดีเด็กน้อยยิ้มมอง และเลือกหนังเรื่องโปรด เธอจำต้องเจียดเงินที่เหลือจากค่ารถ และไก่ย่างเป็นค่าวีซีดีหนัง 2-3 เรื่อง สำหรับให้หนูน้อยนอนดูที่บ้านพร้อมทั้งน้ำตาในความอดสูใจที่ไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้มาก

หลังจากนั้นจึงพาไปส่งที่บ้าน และอำลากลับสำนักงาน พร้อมกับนั่งครุ่นคิดถึงเรื่องดังกล่าวมาตลอดทาง ใครจะดูแลเธอต่อไป ใครจะส่งน้ำ ส่งข้าว ใครจะดูแลเธอในยามเจ็บป่วย

ปัจจุบันลูกเกิดยังคงต้องเผชิญชะตากรรมเพียงลำพัง หลังจากการจากไปไม่มีวันหวนกลับของของพ่อแม่ที่ยังฝังใจ และทำให้เธอคิดถึงพวกเขามากจนผ่ำผอม ร่างกายลัมเจิบลงอย่างรวดเร็ว

สิ่งเหล่านี้จึงเป็นผลกระทบที่มีโดยตรงต่อเด็กที่เกิดจากครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวไปลงเรือประมง และนำเชื้อเอ็ดส์กลับมาแพร่สู่ภรรยา และบุตร จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนความทุกข์ยากอย่างแสนสาหัสเหนือกว่าคำบรรยายใดๆ ที่ไม่มีองค์กร และระบบสวัสดิการทางสังคมใดมาช่วยเหลือ จึงเป็นกรณีศึกษาหนึ่งที่ชุกช่อนอยู่ในซอกหลืบของสังคมชนบทไทย

3.4.2 การดูแลสุขภาพครอบครัว

จากผลการศึกษาเอ็ดส์ปัญหา และผลกระทบต่อผู้หญิงในพื้นที่เป้าหมาย 2 แห่ง พบว่า ส่วนมากครอบครัวมีอาชีพเกษตรกรรมทำนา และเป็นประชากรที่มีฐานะยากจน อาศัยแรงงานของสมาชิกในครอบครัวทำการผลิต และหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว เมื่อสามีเจ็บป่วยขาดรายได้ และภาระการดูแลสุขภาพครอบครัวทั้งหมดจึงตกแก่ผู้หญิงทั้งหมด จึงเป็นความยากลำบากที่ต้องเผชิญ และวิตกกังวลกับความเป็นอยู่ของสมาชิกตามความคาดหวังของครอบครัว และในขณะเดียวกันตนเองก็เจ็บป่วยด้วย

“แต่ก่อนไม่เคยหารายได้อยู่แต่บ้านเลี้ยงลูก แต่พอวันหนึ่งเราต้องเป็นคนหาเอง มีความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อย และยังต้องมาเป็นโรคเอ็ดส์อีก จำเป็นต้องหาถ้าเราไม่หาลูกที่อยู่จะกินอะไร ดิ้นรนหาจนกว่าชีวิตจะหาไม่ เมื่อก่อนไม่เคยรับจ้างเขาอยู่บ้านเลี้ยงลูก เมื่อสามีตายก็ต้องทำงานเพื่อหาเงินมาจุนเจือเพื่อความอยู่รอดของครอบครัว”

“เศรษฐกิจแย่ไปหมดถ้าร่างกายเราไม่ให้ เศรษฐกิจของเราก็ไม่ดีจะทำอะไรก็ต้องใช้แรงทำ แต่ก่อนเคยอยู่บ้านก็ต้องออกมาหางานทำ เนื่องจากเศรษฐกิจไม่ดี อะไรที่ช่วยเหลือครอบครัว”

ดังนั้นการเจ็บป่วยของสามีจึงมีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว เพราะแรงงานในการผลิตที่สำคัญฝากไว้กับสามี ซึ่งบทบาทผู้หญิงในค่านิยมวัฒนธรรมอีสาน ก็คือ การอยู่กับเหย้าเฝ้าเรือน การเลี้ยงดูบุตร เป็นภรรยาที่ดี และซื่อสัตย์ต่อสามี ดังนั้นสภาพชีวิตครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่สามีเสียชีวิตไปก่อน ภารกิจทั้งหมดในครอบครัวจึงตกเป็นการแก่ผู้หญิงในการหาเลี้ยงชีพ ดูแลบุตร และผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลปรนนิบัติสามีที่กำลังเจ็บป่วยก่อนที่จะเสียชีวิต

3.4.3 ปัญหาการหย่าร้าง และสถานภาพการสมรส

ปัญหาการหย่าร้างในผู้หญิงเกิดขึ้นหลังจากที่ทราบว่าสามีติดเชื้อเอ็ดส์ และแพร่เชื้อต่อภรรยา ซึ่งการตัดสินใจหย่าร้างกับสามีของผู้หญิงในวัฒนธรรมชุมชนอีสานที่มีโครงสร้างเครือญาติเหนียวแน่น ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก รวมทั้งรูปแบบผู้หญิงในวัฒนธรรมอีสานถูกสอนให้เคารพนับถือสามีเปรียบเสมือนพ่อคนที่สองตามฮีตสิบสองครองสิบสี่ บทบาทในการหาคู่ครอง และอำนาจการตัดสินใจของพ่อแม่หญิงยังสำคัญอยู่

“การแต่งงานผู้ใหญ่จะเป็นคนหาให้ โดยส่วนมากพ่อแม่เราจะบริหารจัดการให้ เลือกให้ เลือกเอง ไม่ค่อยจะได้ เลี้ยงไม่ได้ เพราะถือว่าต้องตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ เพราะคิดว่าพ่อแม่อาบน้ำร้อนมาก่อนเราท่านคงจะรู้ดีกว่าตัวเรา”

จากผลการศึกษาลับพบว่า มีผู้หญิงหย่าร้างกับสามีที่แพร่เชื้อเอชไอวีแก่ตนเอง โดยสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) ความคับแค้นใจที่ได้รับเชื้อจากสามีทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคภัยที่ไม่ได้เป็นผู้ก่อเหตุ ทั้งๆที่ได้ประพฤติปฏิบัติตัวเยี่ยงภรรยาที่ดีและซื่อสัตย์ภายใต้กรอบจารีตประเพณี ระบบวัฒนธรรมอีสานอย่างเสมอต้นเสมอปลาย และ 2) ญาติฝ่ายชาย หรือฝ่ายหญิงไม่ยอมรับผิดชอบต่อต้องหย่าร้างจากกัน

“พอรู้ว่าติดเชื้อจากผัว ก็ขอหย่ากับกับผัว เพราะทางญาติของฝ่ายเรารับไม่ได้ ตอนหลังมารู้ข้อมูลผลการตรวจร่างกาย เลยคิดเรื่องการแยกทางกันทันทีมันเจ็บใจหลาย”

“พ่อแม่แฟนไม่ชอบเรา แล้วคิดหาว่าเราเอาโรคนี้มาติดแฟน แล้วก็บอกให้เราเลิกกัน”

ซึ่งปัญหาการหย่าร้างในวัฒนธรรมชุมชนอีสานหากเป็นชายจะไม่ถูกดำเนิน และประณามจากชุมชน หรือสังคม แต่ในขณะเดียวกันผู้หญิงจะดำเนินตินินทาว่าร้ายจากชุมชน หรือสังคมในหมู่บ้านที่บ่งบอกถึงว่าเป็น “คนไม่ดี” ในสายตาของสาธารณะ จึงตกอยู่ในสถานการณ์เลือกปฏิบัติภายใต้วัฒนธรรมสังคมเดียวกัน ด้วย (Double Standard) จึงเป็นจุดเปลี่ยนของชีวิตผู้หญิงอีกประการหนึ่งด้วยเช่นกัน

3.4.4 ปัญหาการรังเกียจจากชุมชน หรือสังคม

ปัญหาการรังเกียจกีดกันจากชุมชน หรือสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อก่อให้เกิดความเครียดสูง และเป็นปัญหาอื่นๆ ติดตามมา ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ปัญหาโรคเอดส์ของสังคมที่ผ่านมา เช่น โรคเอดส์เป็นสิ่งที่ไม่ดี ความเลวร้าย น่ากลัว ไม่มีทางรักษา เป็นแล้วตายทุกราย ฯลฯ ที่ถูกสื่อรณรงค์ออกสู่สาธารณะในช่วงแรกๆ นั้นได้ส่งผลกระทบกลับมาสู่ผู้ติดเชื้อต้องลำบากในการดำรงชีพออยู่ร่วมกับสังคมในปัจจุบัน

จากการศึกษา ของ บรรพต ศรีจันทร์นิตย์ (2543) พบกรณีศึกษาผู้ติดเชื้อ 2 รายจากจังหวัดอุบลราชธานี สามารถนำมาเป็นตัวแทนสะท้อนภาพปัญหาการรังเกียจกีดกันจากชุมชน หรือสังคมที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และครอบครัว จนเป็นแรงกดดัน และความวิตกกังวลแก่ผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบ ดังนี้

“ที่หมู่บ้านได้รับรางวัลดีเด่นสุขภาพดีถ้วนหน้าผู้ใหญ่บ้านมาเจรจาให้ย้ายบ้านออกจากหมู่บ้านนี้ไปเลย แต่ไม่ยอมย้ายออก เพราะไม่รู้จะไปอยู่ที่ไหน เวลาจะมีประชุมอะไรทางหมู่บ้านจะไม่เรียกให้เข้าไปประชุมด้วย และกับทางโรงเรียนเวลามีกิจกรรมอะไรก็ไม่เคยที่จะเชิญเข้ามาร่วมกิจกรรมด้วย หมู่บ้านไม่ยอมรับ”

3.4.5 ปัญหาการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

ปัญหาการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเข้ารับตรวจรักษาพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยมีเชื้อเอดส์ สถานบริการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐในพื้นที่มักนำข้อมูลข่าวสารส่วนตัวที่ถือว่าเป็นความลับส่วนบุคคลไปเปิดเผยให้สาธารณะได้รับทราบ และเกิดปัญหาผลกระทบต่อนักป่วยผู้ติดเชื้อ ดังรายละเอียดผลกระทบที่ได้กล่าวมาแล้วตอนต้น

“โรงพยาบาลในอำเภอเก็บความลับไม่ค่อยดี ตัวพยาบาลที่รู้จักก็จะเอาไปพูดบอกคนนั้นคนนี้ ทำให้ผู้ติดเชื้อถูกกดดันมาก เพราะมีอาชีพค้าขายอยู่ในตลาด เลยทำให้ไม่มีใครกล้ามาซื้อของ และชาวบ้านก็มีคนมาพูดว่าเป็นข่าวลือมาจากโรงพยาบาล เวลาจะทำอะไรมันก็มีผลกระทบหมดเลย มันเป็นเรื่องที่เป็นทางตัน ก็เขาไม่ยอมรับพวกเราจะทำอาชีพอะไรก็ได้ และบางคนต้องย้ายที่อยู่ เนื่องจากคนในหมู่บ้านไม่ยอมรับ”

เพราะฉะนั้นมาตรการในการรักษาความลับมิให้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยเอดส์ถูกเปิดเผยต่อสาธารณะก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งยวดในปัจจุบัน เพราะว่าการรับรู้ของสังคมเกี่ยวกับโรคเอดส์ยังไม่ถูกต้อง ซึ่งจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างจริงจังในระยะยาวต่อไป ซึ่งถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของภาครัฐอีกด้วย

3.4.6 ผลกระทบต่อเด็กสมาชิกในครอบครัว

จากรายงานผลการวิจัยมากมายที่ได้ระบุถึงปัญหา และผลกระทบที่มีต่อเด็กทั้งทางตรง คือ กลุ่มเด็กติดเชื้อเอดส์จากมารดา และเด็กที่ได้รับผลกระทบทางอ้อม ก็คือ พ่อแม่เจ็บป่วย และเสียชีวิตจึงมีสภาพเป็นเด็กกำพร้า หรือกลุ่มเด็กที่ไม่ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งอัตราการการติดเชื้อในแม่ นับตั้งแต่ปี 2533-2537 ร้อยละ 2.9 ในปี 2543 และมีเด็กที่จะต้องดูแล 22,300-33,000 คน ประเมินการว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 3.1 ในปี 2548 โดยการติดเชื้อเอดส์ในเด็กจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 50 นับจากปี 2536-2543 และคาดว่าจะมีปริมาณคงที่ในอีก 5 ปีข้างหน้า

ซึ่งจากการศึกษาก็พบว่า ปัญหาทางสังคม หรือชุมชนของเด็กทั้งที่รับเชื้อจากมารดา และไม่ได้รับเชื้อจากมารดาจำต้องมีสภาพเป็นเด็กกำพร้า ได้ก่อให้เกิดปัญหา และผลกระทบต่อเด็ก ดังต่อไปนี้

1) เด็กถูกรังเกียจกีดกันจากชุมชน และเพื่อน

เป็นผลสืบเนื่องจากพ่อแม่ติดเชื้อเอดส์ และเปิดเผยตัวต่อสาธารณะทั้งโดยจงใจ หรือข้อมูลถูกเปิดเผยจากกระบวนการบำบัดรักษาก็ตามเด็กที่ติดเชื้อจากมารดา และเด็กที่ไม่ติดเชื้อจะได้รับผลกระทบไปด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นเดียวกัน

“พ่อแม่ยากจนติดเชื้อ แต่ยังไม่เปิดเผยตัวก็ยังไม่มีใครรังเกียจ พอเปิดเผยก็เริ่มมีคนรังเกียจ ลูกไปโรงเรียนก็ถูกเพื่อนๆ ล้อเลียน “ลูกเอดส์” ตอนแรกๆ ทำใจไม่ได้เหมือนกัน อยู่ในหมู่บ้านก็ถูกชาวบ้านล้อเลียนด้วย”

"เขาจะพูดล้อเลียนเรา เขาไม่เจาะจงพูด จะพูดแบบเปรยๆ ให้เราฟัง ทั้งที่เราไม่ได้ทำอะไรให้เขา (เดี๋ยวด่วน : ผู้เขียน) เขาก็จะพูดกระทบกระเทือนเรา เพราะเราอยู่ในสังคมตลาด ค้าขายอยู่ในตลาด ลูกเด็กก็วิ่งเล่นอยู่ในตลาด มีบางคนเขารักเขาก็เล่าให้ฟังว่าคนนี้นั่นนี่ว่าเรา และลูกของเราอย่างนั้นอย่างนี้ และบอกไม่ให้ลูกเขามาเล่นกับลูกของเรา และไม่ให้อ่านด้วย"

"เด็กถูกเพื่อล้อเลียน และไม่ยอมเล่นด้วย ไปขอใบรับรองจากโรงเรียนมาขอทุนการศึกษา ครูประจำชั้นก็ไปถามเด็กต่อหน้าเพื่อนในชั้นเรียน ลูกก็เริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ลูกก็มาถามแม่ว่าเป็นปัญหาอย่างที่เขาพูดกันหรือเปล่า ลูกอยู่ ป.2 มาถามแม่แล้วก็ซึมเศร้า ไม่ทำการบ้าน พยายามเตือนลูกบอกลูก ทุกวันนี้เขาไม่เล่นกับเพื่อนเป็นมา 2 เดือนแล้ว"

2) โอกาสในการศึกษา

เด็กถูกละเมิดสิทธิ และไม่มีโอกาสทางการศึกษาตามวัยอันควร เนื่องจากการถูกรังเกียจกีดกันไม่ให้เข้ารับการศึกษามาจากโรงเรียนทั้งโดยตรง ก็คือ การปฏิเสธรับเด็กเข้าศึกษาในโรงเรียน และทางอ้อม คือ ผู้ปกครองเด็กๆ ในโรงเรียนกวดขันโรงเรียนไม่ให้รับเด็กเข้าเรียน

"ตอนจะเอาไปเข้าโรงเรียนได้แจ้งกับทางโรงเรียนอยู่ ถึงเวลาเข้าครูก็เรียกประชุมแม่ของเด็กที่พาถูกไปเข้าโรงเรียน 18 คน พูดกับครูใหญ่ว่าถ้าให้ลูกคนนี้ (ลูกผู้ติดเชื้อเอชไอวี : ผู้เขียน) เข้าโรงเรียนฉันก็จะไม่ให้ลูกของฉันเรียนที่นี่ สาเหตุเพราะมันเป็นโรคเอดส์ และกลัวลูกจะติดเชื้อ บางครั้งเด็กจะไอ มีผื่นขึ้น กลัวเล่นด้วยกันชิตชวนกันเข้าจนเกิดแผล และทำให้ลูกของเขาติดเชื้อไปด้วย ครูใหญ่ก็เลยถามผู้ปกครองนักเรียน 18 คน มีจำนวน 4 คนเท่านั้นที่ให้เด็กเข้าเรียนด้วย นอกนั้นพากันยกมือไม่ให้เข้าโรงเรียน และถามความคิดเห็นของครูใหญ่ๆ ก็เลยต้องเอาเสียงส่วนใหญ่เป็นประจักษ์ ถ้าพวกผู้ปกครองให้เข้าครูใหญ่ก็ให้เข้าเหมือนกัน"

นอกจากนี้ในเด็กที่ไม่ได้รับเชื้อจากมารดาที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมด้วยเช่นเดียวกัน เพราะไม่มีโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงกว่าภาคบังคับ เนื่องจากครอบครัวมีฐานะยากจนไม่เงินส่งเสียการเรียน เนื่องจากการเจ็บป่วย และเสียชีวิต ไม่มีญาติดูแล และส่งเสริมการศึกษา

"เคยแต่งงานมาแล้วเลิกกับแฟน และมีแฟนใหม่ที่มีลูกติดมาด้วย แต่ลูกเขาไม่ได้ติดเชื้อ และแฟนใหม่ก็ติดเชื้อจากเรา พี่น้องทางแฟนของเราเรารับไม่ได้ ที่นี้จะมีทุนช่วยเหลือทางการศึกษาเลยไปพูดให้พี่น้องแฟนฟัง พี่น้องแฟนก็ไม่ยอมรับ เด็กก็เลยเสียโอกาสทางนี้ไปทั้งที่เด็กก็ไม่ค่อยมีเงินที่จะเรียน และไม่ค่อยมีใครสนใจ เด็กก็อาศัยอยู่กับยาย ยายกับอาาก็เลยตัดสินใจให้เด็กออกจากโรงเรียน ที่ไม่อยากให้เด็กรับทุนก็เพราะกลัวคนในโรงเรียนของหลานจะรู้"

การถูกรังเกียจกีดกันทางการศึกษาจากกรณีศึกษาดังกล่าวนั้นสามารถพบในทุกพื้นที่ของภาคอีสานเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยอื่นๆ เช่น สุมาลี และคณะ (2537) ได้ศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยก็พบว่าผลกระทบที่เกิดกับเด็ก ร้อยละ 20 ของครัวเรือนเด็กอื่นๆ ในชุมชนถูกห้ามไม่ให้มาเล่นกับเด็กในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ และพบว่ามีเด็ก 2 ครอบครัวที่เด็กถูกบังคับให้ออกจากโรงเรียน

3) เด็กกำพร้า

เด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยโรคเอดส์ และเด็กไม่ได้ติดเชื้อที่พบในชุมชนอีสานอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องฝ่ายมารดา หรือบิดา ซึ่งยังคงมีระบบเครือญาติที่เกื้อกูลกันอยู่ในชุมชนชนบท แต่เด็กยังคงมีตราบาปที่ถูกตีตราจากสังคมอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Brown และวีรสิทธิ์ (2539) ก็พบว่าเด็กกำพร้าที่พ่อแม่ตายด้วยโรคเอดส์ จะต้องผ่านลำดับการปรับตัวที่ยากลำบาก ความกดดันทางจิตใจจากการถูกรังเกียจ และมีความเครียดทั้งจากภายใน และภายนอกครอบครัวสูง ประกอบกับเด็ก

4) สถานภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและโอกาสทางการศึกษา

ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นผลให้เด็กที่อยู่ในวัยเรียนต้องสูญเสียโอกาสทางการศึกษา และถูกผลักให้เข้าสู่ระบบตลาดแรงงานเร็วจนเกินไป เนื่องจากแรงงานสำคัญของครอบครัวเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากโรคเอดส์เด็กในวัยดังกล่าวจึงต้องออกจากโรงเรียนเพื่อประกอบอาชีพหารายได้จุนเจือครอบครัว

"ลูกชายเรียนอยู่ ม.3 ที่บอกลูกให้เลิกเรียน แม่ส่งไม่ไหว เพราะค่าใช้จ่ายไปโรงเรียนวันละ 60 บาท ทั้งค่าเช่าบ้าน พ่อก็ต้องไปหาหมอ ลูกไม่จบ ม.3 ไม่ได้วุฒิ ตอนนี้ไปทำงานที่กรุงเทพฯ"

เช่นเดียวกับงานศึกษา ของ สุมาลี และคณะ (2537) ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์มีรายได้เพียงร้อยละ 53 ของครอบครัวอื่นๆ ที่ไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว ในขณะที่เดียวกันหากมีบุตรโตพอที่จะสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ก็ต้องช่วยเหลืองานของครอบครัว และงานภายนอกเพื่อหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง

5) ถูกทอดทิ้งขาดผู้อุปการะ

ปัญหาเด็กถูกทอดทิ้งอาจจะยังไม่ค่อยเด่นชัดเท่าใดนัก เนื่องจากวัฒนธรรมชุมชนอีสานที่มีความเป็นระบบเครือญาติค่อนข้างจะเหนียวแน่น ประกอบกับลักษณะครัวเรือนชุมชนบทที่เป็นสังคมเกษตรกรรมมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย จึงเป็นบริบทที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลเด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตจากเอดส์ไปแล้ว

ซึ่งจากการศึกษาพบว่าภายหลังจากการเสียชีวิตของพ่อแม่เด็กจะมีผู้สูงอายุช่วยดูแลเด็กอยู่อีกชั้นหนึ่ง โดยมักจะมีทัศนคติว่าเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ "เลี้ยงไปทำไมเดี๋ยวมันก็ตาย"

“พ่อแม่เด็กเสียชีวิตแล้ว แต่เป็นคนมีมรดกสักหน่อยสืบทอดมาจากพ่อแม่เป็นบ้านและที่ดินที่สร้างไว้แล้ว เหลือเด็กอยู่คนเดียว ยายเลยพาไปอยู่ด้วย แต่บ้านหลังนั้นมีคนต้องการ แต่ไม่ต้องการเด็ก”

แต่ถึงอย่างไรก็ตามเด็กที่ได้รับการอุปการะจากญาติพี่น้องหาได้รับการเลี้ยงดูเช่นเดียวกับลูกจริงไม่กลายเป็นปมด้อยฝังลึกอยู่ในใจจึงก่อให้เกิดปัญหาด้านพัฒนาการทางอารมณ์ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองได้ในระยะยาว

3.4.7 การเลือกปฏิบัติจากโรงพยาบาล และบุคลากรด้านสาธารณสุข

จากการศึกษาสามารถพบได้ทั่วไป เนื่องจากการรับรู้ และทัศนคติของบุคลากร และองค์กรด้านสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ผิดปกติ เห็นว่าโรคเอดส์เป็นสิ่งที่ไม่ดี โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นคนด้อยโอกาสทางสังคมแล้วการปฏิบัติยิ่งมีความแตกต่างเป็นทวีคูณ ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

“ไปรับยา (ด้านไวรัส : ผู้เขียน) ที่กรุงเทพฯ (โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง : ผู้เขียน) เขามองเราจากหัวจรดเท้า พูดกับเราที่ไม่สุภาพ จะถามว่าไปทำอะไรมา ความรู้สึกไม่ดีเหมือนกับไปรบกวนเวลาต้องไปโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ไม่เคยให้กำลังใจ หรือให้คำปรึกษาอะไร”

จากผลการศึกษาสภาพปัญหาการดำรงชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เนื่องจากสามีเป็นผู้แพร่เชื้อเอดส์ในชุมชนที่มีการอพยพแรงงานประมง จะเห็นได้ว่าอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากอย่างยิ่งเนื่องจากต้องเผชิญปัญหาทั้งภายในตนเอง และชุมชน หรือสังคมรอบด้านที่เผชิญอยู่ภายใต้ระบบวัฒนธรรมที่มีการเลือกปฏิบัติแตกต่างกันระหว่างผู้หญิงกับผู้ชาย ซึ่งผู้หญิงจะต้องเผชิญหนักกว่าหลายเท่าตัว แต่ผู้หญิงกลับมีชีวิตที่ยืนยาวกว่า

ถึงอย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเผชิญหน้ากับความยากลำบาก และผู้หญิงสามารถผ่านจุดวิกฤติของชีวิตในช่วงต่างๆ ไปได้ ก็คือ บุตร-ธิดา ที่ต้องดูแล และเลี้ยงดูให้มีอนาคตที่ดีต่อไปนั้นมีคุณค่า และความสำคัญต่อผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบที่เป็นปัจจัยเห็นพ้องต้องกัน และเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงหันมาดูแลรักษาสุขภาพตนเองมากกว่าผู้ชายที่มักทำร้ายตนเองเพิ่มเติม เช่น การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ฯลฯ จึงมีอายุเฉลี่ยสั้นกว่าผู้หญิง

3.5 ระบบสวัสดิการสังคม

จากการศึกษาระบบสวัสดิการสังคมที่ผู้หญิง ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ได้รับนั้นจำออกเป็น 3 องค์กร หรือสถาบันด้วยกัน ดังนี้

3.5.1 หน่วยงานภาครัฐ

- 1) หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดสุรินทร์
 - การสงเคราะห์นมผง
 - กิจกรรมกลุ่ม (Group Therapy)
 - การให้คำปรึกษา
 - การตรวจสุขภาพ และการบำบัดรักษา
 - กองทุนสงเคราะห์ในยามจำเป็น
 - ยาด่านไวรัส
- 2) สถาบันการศึกษา และวิชาการในท้องถิ่น และภูมิภาค เช่น โรงเรียน และมหาวิทยาลัย ฯลฯ
 - การศึกษาวิจัย และพัฒนา
 - การจัดเวทีเสริมกระบวนการเรียนรู้แก่กลุ่มเป้าหมายในโรงเรียน
 - การให้การศึกษาแก่เด็กที่ได้รับผลกระทบ
- 3) ประชาสงเคราะห์จังหวัด
 - กองทุนสงเคราะห์ยังชีพ
 - เครื่องอุปโภคบริโภคตามสถานการณ์
- 4) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)
 - กองทุนสงเคราะห์ยังชีพแบบฉุกเฉิน (พบบางแห่ง)

3.5.2 องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs)

- 1) การส่งเสริมกระบวนการกลุ่ม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อในระดับพื้นที่ จังหวัด ภูมิภาค และประเทศ
- 2) กองทุนสงเคราะห์อาชีพ และฉุกเฉิน
- 3) การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการกลุ่ม องค์กร และการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านในการทำงาน เช่น การดูแลรักษาสุขภาพ การสื่อสารด้านเอดส์ ฯลฯ
- 4) ยาด่านไวรัสในพื้นที่จังหวัดน่าน
- 5) การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวเอดส์ และนโยบายรัฐที่เกี่ยวข้อง
- 6) บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการปรับตัว
- 7) การจัดเวทีภาคีความร่วมมือระหว่างรัฐ เอกชน และผู้ติดเชื้อ

3.5.3 สถาบันครอบครัว และชุมชน

- 1) ความเชื่ออาทร ความรัก และความอบอุ่นแก่ผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อต้องการมากที่สุด "หลังพิงทางด้านครอบครัว" ที่เข้มแข็ง จะเป็นปราการสุดท้ายที่สำคัญสามารถเยียวยาความบาดเจ็บทางจิตใจได้ดีที่สุดของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์

- 2) เพื่อนบ้านให้ความเห็นอกเห็นใจ และยอมรับ (พบบางพื้นที่ที่มีอัตราการเจ็บป่วยค่อนข้างสูง และบางวัฒนธรรมเท่านั้น)

3.5.4 กลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

- 1) การให้คำปรึกษาแก่เพื่อนสมาชิกในด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และปัญหาการปรับตัวในชุมชน หรือสังคม
- 2) การประสานความร่วมมือกับภาคอื่นๆ ในการสนับสนุนปัจจัยการดำรงชีพ เช่น การจัดทำโครงการสวัสดิการเร่งด่วน (SIF Menu 5) เพื่อเป็นกองทุนสงเคราะห์แก่สมาชิกในด้านการประกอบอาชีพ และการยังชีพรายเดือน ปี 2542-43
- 3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ และการติดตามปัญหาในระดับปฏิบัติการ
- 4) การรณรงค์ทางด้านนโยบายรัฐ
- 5) การฝึกอบรมทักษะเฉพาะด้านแก่สมาชิก

3.6 โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวมาบ้างแล้วตอนต้น ซึ่งผู้ติดเชื้อในพื้นที่เป้าหมายได้มีการเข้าร่วมกลุ่มในทุก ระดับ เพื่อปกป้องสิทธิ และผลประโยชน์ของตนเอง โดยมีโครงสร้างทั้งในระดับท้องถิ่น คือ

- 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อในระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนให้การสนับสนุนดำเนินการเป็นพี่เลี้ยงกลุ่ม
- 2) เครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดสุรินทร์
- 3) เครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับเขต 5, 6 และ 7
- 4) เครือข่ายผู้ติดเชื้อในระดับภาคอีสาน (สำนักงานตั้งอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น) และให้การสนับสนุน ขบวนการดำเนินงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในระดับประเทศ

แต่ถึงอย่างไรก็ตามเครือข่าย และกลุ่มผู้ติดเชื้อตามโครงสร้างดังกล่าว ความสำคัญ และความเข้มแข็งจะเป็นกลุ่มในระดับพื้นที่มากกว่าความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในแนวดิ่ง เนื่องจากการเข้าถึงของสมาชิกมีข้อจำกัดทั้งในมิติเวลา และการมีส่วนร่วมที่เป็นจริง

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 บทสรุป

จากผลการศึกษาดังกล่าวเอดส์ได้ก่อให้เกิดปัญหา และผลกระทบต่อผู้หญิงในหลายๆ ประการด้วยกัน พอที่จะสรุปได้ดังต่อไปนี้

4.1.1 สภาพวิถีชีวิตผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

1. การถูกรังเกียจจากสังคม หรือชุมชน
 - 1) ร้านเสริมสวย หรือตัดผมไม่ให้เข้าร้าน เพราะทางร้านวิตกกังวลเอดส์ติดลูกค้ารายอื่นๆ และจะไม่มีลูกค้าเข้ามาใช้บริการ
 - 2) ไม่เข้าร่วมงานฌาปนกิจศพผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต เพราะกลัวว่าจะติดเชื้อเอดส์จากการรับประทานอาหารในงานดังกล่าว
 - 3) ไม่ซื้ออาหาร และสินค้าจากกิจการของผู้ติดเชื้อ เพราะกลัวการติดเชื้อเอดส์จากสินค้า และบริการต่างๆ
 - 4) การพุดจาสื่อเสียด และดูหมิ่นเหยียดหยามจากเพื่อนบ้าน
 - 5) พระสงฆ์ไม่รับบิณฑบาต และไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในชุมชน
 - 6) ไม่ให้ทำงานรับจ้างในไร่นา กลัวการแพร่ระบาดเชื้อสู่คนอื่น
 - 7) เพื่อนร่วมงานมีท่าทีรังเกียจผู้ติดเชื้อ และในที่สุดต้องออกจากงานที่ทำ
2. การประกอบอาชีพได้รับผลกระทบ
 - 1) อาชีพกิจการร้านจำหน่ายอาหาร เสริมสวย และตัดผม จะไม่มีลูกค้ามาซื้อสินค้า และใช้บริการ
 - 2) เจ้าหน้าที่รัฐในท้องถิ่นก็ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เปลี่ยนไปทำอาชีพอื่นแทนกิจการร้านเสริมสวย ตัดผม และอาหาร
3. ภาพลักษณ์ต่อสาธารณชนจากสื่อรณรงค์โรคเอดส์ของรัฐในช่วงแรกๆ ในอดีตที่ผ่านมามีอิทธิพลต่อทัศนคติและการรับรู้ของประชาชนทั่วไปในชุมชน จึงมีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน
4. การถูกรังเกียจจากญาติพี่น้อง
 - 1) กลัวว่าจะทำให้เสียภาพจน์ต่อสังคม หรือชุมชน กรณีที่หญิงหลังสมรสแล้วย้ายเข้าอยู่ในครอบครัวฝ่ายชาย

- 2) แยกที่อยู่อาศัย อาหาร สิ่งของเครื่องใช้ให้ต่างหาก
 - 3) กีดกันไม่ให้พบผู้คนญาติพี่น้อง กลัวเสียภาพพจน์
 - 4) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหลังจากสามีเสียชีวิตของญาติฝ่ายชาย เช่น ไม่มีสิทธิใดๆ ในการจัดการทรัพยากรต่างๆ ของในครอบครัว
 - 5) ญาติฝ่ายชายรังเกียจกล่าวหาว่าเป็นผู้นำเชื้อเอดส์มาสู่บุตรชาย ทั้งๆ ที่ฝ่ายชายเป็นผู้นำโรคภัยมาสู่ผู้อื่น
 - 6) หลังออกจากงานประจำญาติฝ่ายชายไม่พึงพอใจ เพราะไม่มีรายได้ส่งให้แก่ครอบครัว
 - 7) ถูกญาติฝ่ายชายบังคับให้ตรวจร่างกายเพื่อหาเชื้อเอดส์หลังจากที่สามีเสียชีวิต ทั้งๆ ที่ไม่มีความพร้อมทางด้านจิตใจ
5. นโยบาย และการปฏิบัติของภาครัฐที่ไม่คำนึงถึงข้อเท็จจริงและความจำเป็นของผู้ติดเชื้อในแต่ละคนแต่ละพื้นที่ เช่น ผู้ติดเชื้อในเขตเทศบาลจะไม่ได้รับการสนับสนุนทุนต่างๆ
6. ญาติพี่น้องผู้ติดเชื้อเอดส์ถูกรังเกียจจากชุมชน และกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชน แม้ว่าก่อนหน้านี้เคยมีบทบาทมาแล้วก็ตาม
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐในท้องถิ่นไม่รักษาความลับข้อมูลผู้ติดเชื้อเอดส์ ข้อมูลรั่วไหลสู่ชุมชน และมีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้เปิดเผยตัวต่อสาธารณะ
8. สุขภาพร่างกายและจิตใจ
- 1) ความเครียด วิตกกังวลต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย คิดฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง
 - 2) วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุตร
 - 3) วิตกกังวลการแพร่กระจายโรคเอดส์ หรือโรคฉวยโอกาสต่างๆ สู่เพื่อนบ้าน
 - 4) แพียต้านไวรัสเอดส์
 - 5) ออกจากงาน เนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยให้สามารถทำงานต่อไปได้
9. การประกอบอาชีพ และรายได้ของครัวเรือน เนื่องจากการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของสามี หรือผู้หนึ่งเอง
10. การหย่าร้างกับสามี หลังจากการติดเชื้อจากสามี และการรังเกียจจากญาติพี่น้องทั้งฝ่ายชายหรือฝ่ายหนึ่งเอง (ที่ตำหนิลงโทษผู้ชายนำเอดส์มาสู่ภรรยา)
11. การละเมิดสิทธิในการตรวจเลือดก่อนผ่าตัด คลอดบุตร โดยที่ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ได้ยินยอมพร้อมใจจากสถานพยาบาล และญาติพี่น้อง

4.1.2 ผลกระทบต่อเด็ก

1. ที่ติดเชื้อเอดส์ถูกรังเกียจจากเพื่อนๆ ทั้งในชุมชน และโรงเรียน ถูกล้อเลียน และกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
2. ถูกรังเกียจจากเพื่อนในชุมชน และโรงเรียน

- ถูกกีดกันไม่ให้เข้ารับการศึกษานในโรงเรียน เนื่องจากถูกผู้ปกครองเด็กนักเรียนคนอื่นๆ กีดกันทางโรงเรียนไม่ให้รับเด็กที่ติดเชื้อเอดส์เข้าศึกษา เพราะวิตกกังวลว่าจะแพร่เชื้อเอดส์ แก่บุตรของตน
- ไม่มีเพื่อนเล่นด้วย ถูกโดดเดี่ยว แยกตัวเอง และมีอาการซึมเศร้า
- ครอบครัวเพื่อนๆ ห้ามไม่ให้คบหาสมาคม เพราะกลัวติดเชื้อเอดส์ทั้งกรณีเด็กติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ
- ถูกสังคมตีตราทั้งที่เป็นเด็กติดเชื้อ และไม่ได้ติดเชื้อเอดส์

3. การเปิดเผยรายชื่อเด็กในโรงเรียนทั้งโดยเจตนา และไม่ได้เจตนาของทางโรงเรียน เช่น การประกาศ ชื่อเด็กที่ได้รับทุนการศึกษา ฯลฯ ส่งผลกระทบต่อเด็กในภายหลัง เช่น เพื่อนๆ ล้อเลียน และไม่เล่นด้วย ฯลฯ

4. กำพ้อ และถูกทอดทิ้งหลังจากที่พ่อแม่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และเสียชีวิตลง จึงขาดผู้ดูแล เพราะครอบครัวยากจน

5. การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ และไม่ได้ติดเชื้อ โดยญาติพี่น้องหวังผลเพียงมรดกที่พ่อแม่เด็กส่งสมมา การดูแลจึงปฏิบัติด้วยความไม่เต็มใจ

6. ปฏิเสธครอบครัวหลังจากรับรู้ข้อมูลพ่อแม่ติดเชื้อเอดส์ เช่น ไม่เข้าบ้านไปพักอาศัยกับเพื่อน ปฏิกริยา และมีท่าทีที่ก้าวร้าวต่อพ่อแม่

7. โอกาสทางการศึกษาของเด็ก

- ต้องหยุดการเรียนกลางคัน เนื่องจากต้องประกอบอาชีพหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวที่เจ็บป่วย
- ไม่มีโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงกว่าภาคบังคับ

8. ไม่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ เพราะการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อต้องใช้ระยะเวลานาน และค่ารักษาพยาบาลสูงทางโรงพยาบาลมักไม่ให้ความสำคัญ

9. การละเมิดสิทธิเด็กในการบังคับตรวจเลือดจากโรงเรียน และญาติพี่น้อง

4.2 ระบบสวัสดิการสังคม

ในการศึกษาระบบสวัสดิการสังคมที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ และใช้บริการสังคมต่างๆ นั้นจะจำแนกออกเป็น 3 ประเภท ด้วยกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1 ภาครัฐ

โดยสรุประบบสวัสดิการสังคมที่ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับจากระบบของรัฐ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนด้วยกัน คือ ด้านสังคมสงเคราะห์ การบริการทางสังคม และการประกันสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) การดูแลรักษาพยาบาลจากสถานื่อนามัยตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด โดยผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับการบริการดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ก็คือ 1) บัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล และ 2) บัตรทอง ตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งกลุ่มเป้าหมายให้ความเห็นว่าผลการบริการมีการปรับปรุงอยู่ในระดับที่ดีกว่าในอดีต เช่น การปรับทัศนคติของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ดีขึ้น ไม่ดูดำ และพูดจาสุ่อเสียด ฯลฯ
- 2) การให้ทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตรหลานของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ แม้ว่าการให้การสงเคราะห์ในด้านนี้ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกรายก็ตาม
- 3) การสงเคราะห์นมผงแก่สตรีที่คลอดบุตรใหม่ และมารดาติดเชื้อเอดส์ จนกระทั่งอายุ 3 ขวบ แต่ปริมาณนมผงที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของเด็ก
- 4) การบริการให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ และบริการเยี่ยมบ้าน แต่ยังคงขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ
- 5) การสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group Therapy) ที่จัดประจำทุกวันพุธสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน โดยมีการตรวจสุขภาพ และกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายให้ความเห็นว่ากิจกรรมกลุ่มทำให้มีเพื่อนที่อยู่ในสถานภาพเดียวกันช่วยสร้างความมั่นใจ และฟื้นฟูสุขภาพจิต
- 6) การสงเคราะห์เงินทุนสำหรับครอบครัวที่ยากจนแบบครั้งคราว แต่ไม่ทั่วถึง และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เพราะขาดแรงงานในการประกอบอาชีพ และสร้างรายได้แก่ครอบครัว รวมทั้งการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาตนเอง
- 7) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มมารดาที่ตั้งครรภ์ เพื่อลดอัตราเสี่ยงจากการแพร่เชื้อไปสู่บุตรหลังคลอด และการจัดสรรตามโควตาในพื้นที่จังหวัดน่านองในการให้ยาด้านไวรัสเอดส์หลายตัว แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์

4.2.2 องค์การพัฒนาเอกชน

ระบบสวัสดิการสังคมขององค์กรเอกชนในพื้นที่ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ จะมีความคล้ายคลึงกับภาครัฐ และมีกิจกรรมที่ดำเนินงานร่วมกัน แต่องค์กรเอกชนยังมีข้อจำกัดในด้านการสนับสนุนยังไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย ก็คือ

- 1) การบริการให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพกาย และจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน (Home Care) และสายด่วน (Hot line)
- 2) การสงเคราะห์ทุนการศึกษา และการประกอบอาชีพแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีฐานะยากจน
- 3) การศึกษาวิจัยแสวงหาทางเลือกในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่
- 4) การสงเคราะห์ปัจจัยการดำรงชีพแก่ครัวเรือนที่อดคัด
- 5) การสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มร่วมกับภาครัฐ และดำเนินการเอง

4.2.3 ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการศึกษาพบว่าบทบาทองค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลรับผิดชอบในพื้นที่โดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีบทบาทค่อนข้างน้อยมากในเรื่องดังกล่าว ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

4.3 การประเมินตนเอง

ภาพรวมของผู้หญิงที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามีจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองไม่มีโอกาสได้รับทราบข้อมูลปัญหา และผลกระทบที่ตามมาหลังจากสามีมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งกว่าจะทราบผลว่าสามีติดเชื้อเอชไอวี ตนเองก็ได้รับเชื้อจากสามีแล้ว โดยจะรู้ผลก็ต่อเมื่อสามีอยู่ในระยะแสดงอาการป่วยเอชไอวีเต็มขั้นแล้ว และทราบผลจากการตรวจรักษาจากโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมองว่าตนเองไม่มีโอกาสในการต่อรองกับสามีด้านการมีเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ในช่วงแรกที่ทราบผลว่าสามี และตนเองติดเชื้อเอชไอวีมักประสบปัญหาการปรับตัว และมีความรู้สึกโกรธแค้นที่สามีไม่บอกกล่าวเพื่อการป้องกันปัญหา และผลกระทบที่ติดตามมา รวมทั้งบุตรที่เกิดขึ้นในภายหลังด้วย โดยแรงจูงใจที่สำคัญในการต่อสู้กับวิกฤติของชีวิต ก็คือ บุตรธิดาของตนจึงทำให้ผู้หญิงที่ได้รับเชื้อจากสามีสามารถยืนหยัดอยู่ได้ค่อนข้างยาวนานกว่าผู้ชาย และรองลงไป ก็คือ มีเพื่อนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน และมีพ่อแม่ให้กำลังใจ ในกรณีที่มีพ่อแม่ยังอยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกันด้วย

ความหมายของชีวิตตนเองนั้นมีความภาคภูมิใจที่สามารถดูแลเลี้ยงบุตรธิดาให้เติบโต และมีความหวังสูงสุดในการต่อสู้ชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ก็คือ การได้เห็นอนาคตของบุตรธิดาเจริญเติบโต และมีอนาคตทางการศึกษาที่ดี เพื่อจะได้หลุดพ้นจากวงจรในชุมชนที่ตนเองเคยเผชิญอยู่ตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา และเป็นเหตุที่มาของวิกฤติการณ์ของครอบครัว

นอกจากนี้ผู้หญิงในกลุ่มนี้มองว่าตนเองนั้นนับตั้งแต่เกิดมาจวบจนปัจจุบันมีจุดหักเห และเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต 2 ครั้งด้วยกัน ก็คือ

การสมรส

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสมรสของสตรีในชุมชนชนบทอีสานสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มด้วยกัน คือ

- 1) การสมรสแบบคลุมถุงชน โดยมีญาติผู้ใหญ่เป็นธุระในการจัดหาคู่ครองให้แก่บุตรสาว หรือหลานสาว จะพบว่าในกลุ่มนี้เมื่อประสบปัญหาการติดเชื้อจากสามีมักลงเอยด้วยการหย่าร้าง และแยกทางกัน ซึ่งมักจะตำหนิผู้ใหญ่ที่จัดการในเรื่องนี้ และทำให้ตนเองประสบกับความทุกข์ยาก
- 2) การสมรสแบบสมัครใจรักใคร่ชอบพอกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มนี้ และหลังจากเกิดปัญหาจะไม่ค่อยแยกทางกัน หรือหย่าร้างในภายหลัง

4.3.1 การได้รับเชื้อจากสามี

โดยทั้งหมดให้ความเห็นว่าเป็นช่วงที่วิกฤติที่สุดของชีวิต เพราะไม่เคยคิด และเตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน และต้องเผชิญปัญหา 4 ด้านด้วยกัน คือ

- 1) การดูแลความเป็นอยู่ของครอบครัว หลังจากการเจ็บป่วยของสามีจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ตกเป็นภาระหนักแก่ภรรยาในการหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมการล่วงหน้ามาก่อน เพราะแรงงานหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว คือ สามี
- 2) การดูแลสุขภาพตนเอง หลังจากการเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ จำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเองควบคู่ไปกับการดูแลครอบครัว
- 3) การศึกษาของบุตรธิดา ที่มีค่าใช้จ่ายมากในแต่ละปี แต่รายได้มีอยู่อย่างจำกัด เพราะทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพียงคนเดียว
- 4) การดูแลสุขภาพบุตรธิดาที่ได้รับเชื้อจากมารดา พบว่าเป็นภาวะ 2 เท่าของครอบครัวที่ไม่มีบุตรติด เชื้อจากมารดาหลังคลอด เนื่องจากจะมีรายการค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพก่อนข้างสูง เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าผู้หญิงที่ได้รับเชื้อจากสามีที่เป็นแรงงานรับจ้างในเรือประมงตกอยู่ในสถานะที่ยากลำบาก และมีความทุกข์มากที่สุดในช่วงชีวิตของตนเอง แต่การแบ่งเบาภาระความทุกข์ยากจากภายนอก และระบบสวัสดิการสังคมของรัฐ องค์กรเอกชน และชุมชนท้องถิ่นค่อนข้างน้อยมาก และมีปัญหาในการเข้าถึงระบบดังกล่าวในสถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศ และข้อจำกัดของผู้หญิงที่เป็นรากเหง้าทางสังคมที่ขาดโอกาสในการใช้สิทธิของตนเองเท่าที่ควร เขาจึงมองตนเองว่า “เกิดมา คือ ทุกข์หลายแท้ บ่คือเพิ่น” นั่นคือการเปรียบเทียบสถานภาพที่ดำรงอยู่ของพวกเขาในสังคมไทย

4.4 ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย และปฏิบัติการ

จากการประมวลสรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหา และความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์แม่และเด็กในพื้นที่เป้าหมาย โดยการจัดลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อยที่จำแนกออกเป็น 2 ระดับด้วยกัน ก็คือ

4.4.1 ระดับนโยบาย

- 1) ทุนการศึกษาแก่บุตรที่ได้รับการศึกษาสูงสุดตามขีดความสามารถของเด็ก ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ทุกคนเห็นพ้องกันมากที่สุด เพราะห่วงอนาคตของบุตรหลังจากการเสียชีวิตของตนเอง
- 2) ทุนสนับสนุนการประกอบอาชีพตามสถานภาพ และศักยภาพของครอบครัวผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ ฟังมี และฟังได้รับตามสมควร เพื่อให้ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองได้ตามสถานการณ์
- 3) การจัดหายาในการดูแลสุขภาพ ทั้งยาต้านไวรัสเอดส์ และยารักษาโรคฉวยโอกาสอื่นๆ
- 4) การบริการรักษาพยาบาลใกล้บ้านที่มีประสิทธิภาพ เพราะผู้ป่วยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีฐานะยากจนมีอุปสรรคในการเดินทางที่ต้องเสียค่ารถโดยสาร และปัญหาการเดินทางไม่ได้ หรือไม่สะดวก ในกรณีที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้

- 5) การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อในด้านการรักษาพยาบาล โดยการรณรงค์เผยแพร่ให้ผู้ติดเชื้อได้ตระหนักในสิทธิด้านต่างๆ ของตนเองได้รับทราบด้วย

4.4.2 ระดับปฏิบัติการ

- 1) การปรับปรุงการสื่อสารด้านเอดส์ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สังคม โดยใช้กลไกรัฐทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย ก็คือ การอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขระหว่างผู้ติดเชื้อและสังคม หรือชุมชน เช่น การใช้หอกระจายข่าว
- 2) การฝึกอบรม และการจัดการศึกษาแก่ผู้นำชุมชนให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป โดยกระทำอย่างต่อเนื่อง
- 3) การส่งเสริมให้ อบต. ครู และโรงเรียนเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ติดเชื้อในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองมากยิ่งขึ้น
- 4) รณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเอดส์แก่ชุมชน และผู้ติดเชื้อเองในการป้องกันการแพร่ระบาดเอดส์เพื่อให้ชุมชน และสถาบันการศึกษา (ร.ร.) มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในชุมชนอย่างปกติสุข
- 5) การส่งเสริมทางเลือกในการรักษาพยาบาล ได้แก่ การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์พื้นบ้าน การใช้ยาสมุนไพรในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยผู้ติดเชื้อในชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว
- 6) ชุมชน หรือสังคมควรให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อในการดำรงชีวิต โดยการให้ความรักความอาทร
- 7) เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักต่อการรักษาข้อมูลความลับอย่างเข้มงวดเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ต้องการเปิดเผยตนเองต่อสาธารณะ เพราะจะมีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อต่างๆ ตามมาภายหลัง
- 8) องค์กร และบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ไม่ควรเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้แก่ การแยกผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ออกจากเด็กอื่นๆ การสื่อสารที่ไม่สุภาพ ฯลฯ

บรรณานุกรม

- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.(2538) รายงานการประเมินผล โครงการประสานงานการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว.
- วรวิทย์ เจริญเลิศ. บรรณานุกรม (2542). หญิง ชาย กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (ธีรนาถ กาญจนอักษร). บ. เอ็ดดิสันเพรสโปรดักส์ จก. กรุงเทพฯ.
- รุจน์ โกมลบุตร. ดังเทพเนจร. จดหมายข่าวโครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2543)
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล นิกรณั สันทริยา และคันสนีย์ เรืองสอน. บรรณานุกรม (2542) รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพลส. กรุงเทพฯ
- Tim Brown และวีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2539) ผลกระทบของโรคเอดส์ในเด็กในประเทศไทย.(ฉบับย่อ) โครงการโรคเอดส์ สภาวิชาชีพไทย. กรุงเทพฯ
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล.(2542) ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศ และความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัว. บ. รุ่งแสงการพิมพ์ จก. กรุงเทพฯ
- Allan Beesey. HIV Vulnerability and Mobile Populations : Thailand and Its Borders. AIDSNet Newsletter. Vol. 2 No. 2 (Apr.-Jun. 2000)
- Scott Bamber. Northeasterners, AIDS and Seafaring : Networks and solutions to the AIDS problem among migrant workers. AIDSNet Newsletter. Vol. 2 No. 2 (Apr.-Jun. 2000)